266

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 12 avril 1905, à 1 heure*

Par **Henri BAZALGETTE**

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

# GROSSESSES TUBAIRES MÉCONNUES

*Président :* M. RECLUS, *professeur.*

*Juges :* MM. PINARD, *professeur.*
MAUCLAIRE et WALLICH, *agrégés.*

*Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1905

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | P. POIRIER |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | HUTINEL. BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE. |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | Mathias DUVAL. |
| Opérations et appareils | N... |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE. |
| Médecine légale | BROUARDEL. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS. |
| Clinique opthalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |

## Agrégés en exercice.

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | DUPRÉ | LEGUEU | RICHAUD |
| BALTHAZARD | DUVAL | LEPAGE | RIEFFEL (chef des trav. anat.) |
| BRANCA | FAURE | MACAIGNE | TEISSIER |
| BEZANÇON | GOSSET | MAILLARD | THIROLOIX |
| BRINDEAU | GOUGET | MARION | VAQUEZ |
| BROCA (André) | GUIART | MAUCLAIRE | WALLICH |
| CARNOT | JEANSELME | MERY | |
| CLAUDE | LABBE | MORESTIN | |
| CUNEO | LANGLOIS | POTOCKI | |
| DEMELIN | LAUNOIS | PROUST | |
| DESGREZ | LEGRY | RENON | |

*Le Secrétaire de la Faculté* : M. GRISEZ.

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MON CHER MAITRE

M. LE Dr LEJARS

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Tenon.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE Dr LACOMBE

Médecin de l'Hôpital Beaujon
Bichat-Beaujon 1898-1899.

A LA MÉMOIRE DE M. LE Dr LYOT

Chirurgien des Hôpitaux
Beaujon 1899.

M. LE PROFESSEUR KIRMISSON

Trousseau-Externat 1900-1901.

M. LE PROFESSEUR BUDIN

Clinique Tarnier, Externat 1902.

A LA MÉMOIRE DE M. LE Dr DUFLOCQ

Médecin de l'Hôpital La Charité
Externat 1902.

M. LE Dr CAUSSADE

Médecin de l'Hôpital Tenon
Externat 1903.

M. LE Dr LEJARS

Chirurgien de l'Hôpital Tenon
Externat 1903-1904.

M. LE Dr SAVARIAUD

Chirurgien des Hôpitaux
Lariboisière, Externat 1904-1905.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RECLUS

Membre de l'Académie de Médecine.

DES

# GROSSESSES TUBAIRES MÉCONNUES

## INTRODUCTION

Lorsqu'on parcourt les travaux de gynécologie et de chirurgie pelvienne parus dans ces vingt dernières années, on est frappé de l'importance que prend de jour en jour la grossesse tubaire. Avant la période que nous indiquons, c'est-à-dire avant Lawson-Tait, les observations se rapportant à ce sujet sont assez rares et, en dehors de l'hématocèle cataclysmique, toutes les complications et diverses formes de la grossesse tubaire restent dans le domaine du vague. Au contraire, depuis surtout une quinzaine d'années, les travaux abondent aussi bien sous forme d'observations cliniques que d'examens anatomo-pathologiques.

Ainsi on serait tenté de dire que jamais la grossesse ectopique n'a été aussi fréquente que de nos jours. Mais il faut se demander si cette affection est véritablement nouvelle ou si seulement elle paraît telle parce qu'elle est mieux connue et qu'on la recherche davantage. Tout porte à croire que c'est cette dernière proposition que l'on doit admettre.

Dans le travail que nous entreprenons, nous nous proposons de décrire les diverses modalités cliniques que peut revêtir la grossesse tubaire ; elles sont fort nombreuses et, par le fait même, très fréquemment méconnues comme l'attestent les observations (au nombre de 74) que nous publions. Parmi ces modalités cliniques, il en est une fort intéressante sur laquelle nous insisterons tout particulièrement et que nous qualifierons de *forme salpingienne* (1). Elle fera l'objet de notre premier chapitre.

Dans le deuxième chapitre, nous considérerons la grossesse ectopique ayant acquis un assez grand développement pour être prise pour une tumeur pelvienne ou abdominale.

Nous arriverons enfin aux complications brusques et dramatiques, et nous montrerons à quelles erreurs de diagnostic elles peuvent prêter.

Dans une deuxième partie, nous reprendrons individuellement chacun des symptômes de la grossesse

(1) Par *forme salpingienne*, qu'on pourrait encore nommer *pseudo-salpingitique*, nous entendrons cette forme fréquente à laquelle donnent naissance l'avortement et la rupture tubaires lorsqu'ils se produisent silencieusement sans grandes lésions de la trompe. Cette forme correspond assez, *cliniquement*, à l'hématosalpinx. Nous la définirons dans le premier chapitre d'une façon plus complète.

tubaire, et, après une analyse aussi détaillée que possible, nous indiquerons le complexus symptomatique qui permettra d'arriver à un diagnostic précis de l'affection.

Il est maintenant de notre devoir d'adresser ici tous nos sincères remerciements à M. le Dr Lejars qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fourni si aimablement un si grand nombre d'observations. Pendant tout le temps que nous avons passé auprès de lui, nous lui avons quotidiennement servi d'aide dans chacune de ses interventions et, ainsi, nous avons été à même d'apprendre une technique opératoire des plus variées et des plus parfaites. Pour la confiance que ce maître n'a cessé de nous témoigner et pour le grand intérêt qu'il nous a toujours porté, qu'il nous permette de lui exprimer toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

Que M. le professeur Reclus, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse et nous aider de ses conseils, daigne agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Ont également droit à tous nos remerciements MM. les Drs Picqué, Jayle, Couvelaire, Descomps pour les observations qu'ils nous ont si gracieusement communiquées.

# PREMIERE PARTIE

## CHAPITRE I

La grossesse tubaire présente en général un tableau clinique assez net. Cependant il n'est pas rare que le diagnostic de cette affection soit des plus difficiles et semble même impossible. Aussi les erreurs sont-elles fréquentes et les observations de grossesses ectopiques méconnues, à la première période surtout, formeraient un bien gros ouvrage.

Considérons l'évolution de cette grossesse : développé sur la paroi tubaire, l'œuf, dans la majorité des cas, n'a qu'une durée tout éphémère, car, quelques jours ou quelques semaines après sa conception, l'embryon meurt par *apoplexie ovulaire précoce*. (Couvelaire). L'avortement tubaire qui en résulte est, en général, un avortement incomplet ; l'œuf transformé en un caillot sanguin plus ou moins organisé peut bien rester tout entier dans la trompe, mais il se peut

aussi qu'il se désagrège, qu'il se rompe secondairement et que son contenu tombe dans la cavité péritonéale, souvent dans le Douglas, tandis que ses vestiges restent fixés à la muqueuse tubaire.

Mais dans d'autres cas, qui sont les plus fréquents, l'avortement abdominal ne se fait pas, et la trompe, distendue alors progressivement et finissant par éclater, laisse échapper à travers sa paroi l'œuf tout entier ou seulement quelques débris. Cet avortement et cette rupture laissent à leur suite une masse annexielle formée par la trompe rompue ou non, l'œuf intact ou ce qu'il en subsiste, le sang épanché et enkysté et parfois l'ovaire. C'est à cette forme de grossesse tubaire, arrêtée dans son développement, que nous donnerons le nom de « forme salpingienne », *à cause de la ressemblance de ses symptômes physiques avec ceux de la salpingite ;* cette forme est très fréquemment méconnue et souvent n'est qu'une trouvaille lors de la laparotomie ; nous consacrerons ce premier chapitre à son étude.

Dans les cas qui nous occupent ici, l'avortement et la rupture ne déterminent que *peu de symptômes.* Ils peuvent même passer complètement inaperçus, à moins que la femme ne soit amenée à consulter soit pour des douleurs dans le bas-ventre, soit pour des pertes incessantes qui l'inquiètent. Voici l'histoire habituelle de ces accidents : une femme, ordinairement bien réglée, a constaté le mois d'avant un retard de quelques jours ; des douleurs plus ou moins vives ont apparu dans une des régions inguinales ; enfin un écoulement sanguin, abondant ou non, est survenu et s'est prolongé pendant longtemps, un mois et quelquefois plus. Au toucher vaginal, on ne constate rien ou presque

rien : un peu de sensibilité dans un des culs-de-sac latéraux ou postérieur et, à un examen approfondi, un léger empâtement au même niveau. Mais rapportons une observation typique d'un de ces cas publiée par M. Lejars au mois de novembre dernier dans la *Semaine médicale* (1).

**Observation I.** — « Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans qui a eu neuf accouchements normaux et une fausse couche utérine de trois mois il y a dix-sept ans, et qui n'a jamais souffert du ventre. Au 4 septembre dernier, après un « retard » de huit jours, ses règles apparaissent, sans douleur, sans la moindre réaction abdominale ; elles sont un peu plus abondantes que d'ordinaire et surtout se prolongent juqu'au 27. Elles cessent alors, mais cinq jours plus tard, le sang se montre de nouveau, en faible quantité, toujours sans aucune souffrance ; la petite perte journalière se poursuit de la sorte, pendant tout le mois d'octobre. Dans les premiers jours de novembre, je trouve un col un peu mou, un utérus de volume à peu près normal, aucune masse, aucune tumeur péri-utérine, mais un peu de sensibilité en arrière et à droite, et, de ce côté, un empâtement très vague qui pourtant, à un examen attentif, ne laisse pas de doute ; il n'y a pas de poche, pas de tuméfaction circonscrite, mais il y a « quelque chose ». Au bout d'une huitaine d'observation, l'écoulement est le même, et l'exploration donne le même résultat. Je porte le *diagnostic d'avortement tubaire* et j'interviens. A l'ouverture du ventre, un peu de sang noir, une ou deux cuillerées, se montre tout de suite dans le bassin : la trompe droite est entourée au niveau de son pavillon, d'un petit agglomérat de caillots noirs, agglutinés par des adhérences et du volume d'un œuf de pigeon ; vers sa partie moyenne, elle est occupée par une nodosité

1. *Les fausses couches tubaires.*

ovoïde, grosse comme une olive, et nulle autre part elle ne porte trace de rupture ni de la moindre déhiscence; au-dessous d'elle, l'ovaire est volumineux et kystique... La nodosité, reste du sac gravidique, était remplie d'un caillot noir compact; le pavillon, débarrassé des caillots qui l'engluaient, étaient tout à fait normal; un peu de sang noir suintait par l'orifice externe de la trompe. *Ai-je besoin de dire qu'on avait conclu d'abord à une fausse couche vulgaire ?* »

Et en effet, *lorsqu'on ne considère que les troubles fonctionnels* c'est une erreur de la pratique journalière que l'avortement ou la rupture tubaire des premières semaines soit pris pour une *fausse couche banale*. Les symptômes sympathiques, s'ils existent, sont les mêmes dans les deux cas; les signes fonctionnels sont, eux aussi, assez semblables: il y a eu un retard, puis est survenue une hémorrhagie sur les caractères de laquelle on est le plus souvent insuffisamment renseigné. Les *symptômes physiques de la petite masse juxta-utérine peuvent échapper à un premier examen ;* on sent un utérus un peu augmenté de volume et de consistance moins ferme que normalement, un col légèrement ramolli et parfois quelque peu entr'ouvert. L'erreur de diagnostic est fréquemment commise et presque excusable. Voici du reste quelques observations qui le prouvent d'une façon très nette.

**Observation II.** — *Rupture des parois d'une trompe gravide avec intégrité du kyste fœtal, par M. Labey, interne des Hôpitaux.* (*Soc. Anat., 14 janvier 1898*).

« Une femme de 45 ans entre le 6 janvier au soir à l'Hôtel-Dieu dans le service de notre maître, le Dr Polaillon, pour des douleurs abdominales et des métrorragies.

Cette femme, qui a eu quatre accouchements dont le dernier remonte à sept ans, raconte qu'il y a une quinzaine de jours elle a eu une perte de sang assez abondante avec caillots ; elle était ordinairement bien réglée, mais lorsqu'elle a eu sa métrorragie, elle avait un retard de trois semaines dans ses règles. Un médecin appelé diagnostique une *fausse couche* et fait garder le lit à la malade, mais comme elle continue à souffrir du ventre et à perdre du sang avec caillots, elle vient à l'hôpital.

On l'examine le 7 janvier à la visite du matin ; c'est une femme très grasse, sa paroi abdominale est d'une épaisseur considérable si bien que le palper est très difficile et ne donne pas de renseignements précis. Son ventre qui a toujours été gros, s'est légèrement accru, dit-elle, depuis sa soi-disant fausse couche.

Le toucher vaginal montre un utérus gros assez mobile et pas douloureux. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, cependant il semble que dans le cul-de-sac latéral droit il y ait un peu d'empâtement. L'hystéromètre révèle une cavité utérine d 9 centimètres. Il n'y a actuellement pas de métrorragie.

Étant donné les difficultés du palper bimanuel à cause de l'épaisseur de la paroi, on ne pose pas de diagnostic précis, se réservant d'observer la malade et de la réexaminer. Après l'examen, la malade est reportée au lit et presque aussitôt elle se sent mal à l'aise. Elle déjeune cependant, mais bientôt elle est prise d'une dyspnée extrêmement violente (40 respirations par minute), la face est cyanosée, les extrémités sont froides et couvertes de sueurs. Les battements du cœur sont très accélérés et faibles (130 par minute). De plus la malade se plaint d'une douleur vive dans la région lombaire. L'auscultation du poumon ne révèle rien.

On fait respirer de l'oxygène. Injection de caféine et d'éther. La malade se sent un peu soulagée pendant quelques instants, puis elle recommence à étouffer, les extrémités se refroidissent et à 4 heures de l'après-midi elle a une syncope et meurt.

Autopsie (Résumé) : Véritable inondation péritonéale. Aucune adhérence des organes génitaux avec les anses intestinales. Les annexes gauches sont saines, les droites comprennent le kyste fœtal ; *la paroi tubaire est rompue dans le tiers supérieur et postérieur de la tumeur.* La cavité de l'œuf n'est pas ouverte. »

Il n'est pas rare, dans les cas que nous signalons, que le curetage soit pratiqué, tellement l'erreur est complète. Dans l'observation qui suit, il est évident qu'on allait avoir recours à ce mode de traitement, lorsque le diagnostic de grossesse ectopique se révéla.

**Observation III.** — *Laparotomie d'urgence pour rupture intra-péritonéale d'une grossesse tubaire gauche.* (*Couvelaire, Thèse de Paris 1901 Obs. VI*). — Observation clinique (Maternité : M. Porak)

Femme de 32 ans, réglée à 10 ans, régulièrement; 8 grossesses antérieures qui se sont terminées, la première à 7 mois, les 3e, 5e, 7e à trois mois, les autres à terme. La dernière s'est terminée par l'accouchement à terme d'un enfant vivant, en 1897.

Aucun antécédent génital pathologique.

Ses dernières règles datent du 1er avril 1900. Durée 3 jours.

3 mai. — Elle perd un peu « d'eau rousse ».

Le 22. — Douleurs qui font croire à un début d'avortement.

Le 23. — Accalmie dans la matinée; elle va dans l'après-midi faire son métier de vendeuse de chaises au jardin du Luxembourg. A 4 heures elle est prise d'une douleur abdominale très vive et se trouve mal; on la ramène chez elle, elle s'alite.

Le 24. — A 10 heures du matin, elle entre à la Maternité : femme anémiée, temp. 37°8, pouls 140. On lui fait une injection sous-cutanée de sérum artificiel de 500 gr. L'interne du service, M. Milhiet, trouve un utérus gros et légèrement doulou-

reux dont le col est long et fermé. *Il fait le diagnostic d'avortement* et place une tige de laminaire dans la cavité cervicale.

Le 26. — A 11 heures, M. Milhiet remplace la laminaire par une autre plus grosse. A peine la femme est-elle replacée dans son lit qu'elle pousse un cri et reste toute blanche, sans connaissance, le pouls imperceptible. C'est alors seulement que le diagnostic de grossesse ectopique est posé. On lui fait des injections sous-cutanées d'éther et de caféïne, on retire la mèche vaginale et la laminaire; injection de sérum artificiel. M. Porak et M. Potocki sont immédiatement prévenus.

Laparotomie, le 26 mai à 2 heures de l'après-midi (opérateur M. Potocki) chloroforme.

*Inondation péritonéale diffuse* (liquide sanglant, plus de 600 gr. de caillots). *La trompe gauche largement rompue*, est amenée au dehors avec l'ovaire sans difficultés. Elle est libre de toute adhérence. Un clamp est placé sur la base du ligament large. Extirpation des annexes, ligature en chaîne du pédicule (2 fils de soie). Nettoyage rapide de la cavité abdominale; une mèche de gaze stérilisée avec 2 gros drains est placée dans le Douglas; suture de la paroi en un plan à la soie. Pendant l'opération, deux litres de sérum artificiel sont injectés dans une des veines du pli du coude...

Sortie de la Maternité le 27 juin, en parfait état.

Dans cette observation on remarque que la malade eut deux crises douloureuses extrêmement vives; la première dans l'après-midi du 23 mai; la deuxième le 26 à la Maternité, et cette dernière fut si nette que le diagnostic de grossesse ectopique rompue s'imposa. Mais c'est la première de ces crises qui nous intéresse, car elle correspond très vraisemblablement à une petite rupture primitive de la trompe et rentre ainsi tout à fait dans les formes qui nous occupaient plus haut.

Cestan donne dans sa thèse (1) une observation de M. Pinard des plus intéressantes ; la sage-femme assistante, dans un cas semblable au précédent, *n'avait jamais vu de fausse couche aussi nette.* Mais voici du reste le résumé de cette observation :

**Observation IV.** — *Pinard. Annales de Gyn. septembre 1891. Obs. II.*

« Femme âgée de 32 ans, primipare ; dernières règles le 12 mai 1891 ; en juin, pas de règles et signes fonctionnels de grossesse. Le 13 juillet crise douloureuse très vive, prise pour un commencement d'avortement, accompagnée de pertes et de l'expulsion d'une caduque complète, reproduisant à merveille le moule de la cavité utérine. La sage-femme appelée n'avait jamais vu *de délivrance aussi bien formée dans un avortement.* La malade quitte Paris jusqu'au 25 septembre, persuadée de sa fausse couche. Comme les règles ne sont pas venues, elle va consulter de nouveau ; on trouve un utérus gros de trois mois et demi. Le 25 novembre crise terrible, douleurs intenses, vomissements, syncope. Morphine. De décembre à février, pertes chocolat. Le 20 avril 1892, laparotomie, *kyste fœtal rompu*, fœtus à peu près libre dans la cavité abdominale. »

Dans ces deux dernières observations, la rupture primitive du kyste tubaire a dû se faire entre les feuillets du ligament large, tandis que, plus tard, il s'est produit une deuxième rupture dans l'abdomen donnant les symptômes de l'hématocèle classique.

Telle est l'erreur fréquemment commise. Il s'agit bien d'une fausse couche et « de fait c'est bien un

1. Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. Paris 1894.

avortement, *mais un avortement tubaire*, que les accidents utérins ne font que traduire (1). »

Il importe alors, dans ces cas, de reconstituer avec soin l'histoire de l'affection pour arriver à un diagnostic juste. Et parmi tous les signes que l'on pourra rencontrer, il en est trois surtout qui permettront de trancher la difficulté : 1° le début douloureux, brusque, que l'on retrouve toujours assez facilement ; 2° après un retard, léger en général, survient une perte plus ou moins abondante d'abord, mais toutefois moindre que dans la fausse couche, et qui ne persiste dans la suite que sous forme d'un « suintement journalier, rouge ». 3° Le signe le plus important en faveur de la grossesse ectopique, c'est la constatation, au toucher, d'une tumeur juxta-utérine. Celle-ci peut être de grosseur variable, comme un œuf de pigeon ou une mandarine ; elle est molle, peu fluctuante et peu mobile, elle siège dans un des culs-de-sac latéraux ou, plus souvent, elle est latérale et postérieure. Enfin l'examen de la caduque, s'il peut être fait, pourra éclairer le diagnostic ; et dans les cas de doute, l'hystéroscopie fera constater la vacuité et l'intégrité de l'utérus (Clado).

L'erreur entre la fausse couche tubaire et fausse couche vraie, utérine, ne se fait généralement qu'au début, *au moment de la crise ;* et lorsque les premiers accidents d'avortement ou de rupture se sont produits, la femme peut se remettre presque complètement, reprendre un travail même pénible, comme cela est relaté dans plusieurs de nos observations. Mais si les symp-

1. Lejars. *Gaz. des Hôpitaux*, 16 janvier 1902. Les hémorragies par rupture de la trompe gravide.

tômes généraux et fonctionnels ont disparu, *il n'en est pas de même des signes physiques qui persistent et correspondent à cette masse annexielle*, dont nous parlions plus haut, *constituée par la trompe rompue ou non, l'œuf ou ses débris, le sang épanché et enkysté, et souvent l'ovaire lui-même.*

Cette tumeur juxta-utérine est d'un diagnostic fort difficile et se trouve maintes fois confondue avec les autres salpingites. Selon Vignard (1), cette difficulté tient à plusieurs causes : « Les malades n'avouent pas toujours facilement avoir eu un retard de règles ; l'écoulement sanguin est quelquefois insignifiant au moment de l'examen, il passe inaperçu et les malades n'attirent pas l'attention sur un symptôme peu pénible et qu'elles jugent de peu d'importance. »

La douleur dans le bas-ventre et la masse sentie au toucher dans un cul-de-sac, quelquefois une leucorrhée abondante, font penser à la salpingo-ovarite vulgaire. Certains auteurs ont même prétendu que le diagnostic différentiel était impossible, si les phénomènes sympathiques de la grossesse n'existaient pas. De toutes les formes de la grossesse tubaire, c'est en effet cette « forme salpingienne » qui prête le plus à confusion. Les erreurs seront donc particulièrement fréquentes, et faciles, comme nous allons le voir dans les observations qui suivent.

Dans la première observation que nous empruntons à M. Jayle (2), le diagnostic est passé par deux phases : on crut d'abord à une grossesse normale com-

1. Vignard. *Gaz. Méd. de Nantes*, 1903, nº 1. Diagnostic de l'avortement tubaire.

2. Thèse de Cestan, 1894.

pliquée de salpingite double ; plus tard on pensa à une grossesse ectopique avec lésions annexielles ; et l'évolution permit de conclure à un hématosalpinx (d'origine fœtale). Voici cette observation :

**Observation V.** — Louise G..., âgée de 24 ans, entrée le 21 mars 1893, salle Barth, n° 12 *bis*, à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette malade entre pour des douleurs abdominales et des métrorragies. Le début des accidents remonte à décembre 1892 ; pendant tout ce mois, la malade a eu des pertes assez abondantes. En janvier, elles ont cessé, mais sont revenues le 15 février pour ne plus disparaître.

État actuel : Phénomènes de pelvi-péritonite : les culs-de-sac surtout le gauche et le postérieur, sont occupés par une masse irrégulière, douloureuse, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il est impossible de délimiter le corps de l'utérus. Le col est ramolli et l'orifice entr'ouvert. De plus les seins ont augmenté de volume depuis décembre. Le diagnostic porté est : *grossesse probable, compliquée de salpingite double* (plus accentuée à gauche) et de pelvi-péritonite. Sous l'influence du repos et d'un traitement médical, les douleurs ont peu à peu disparu ; la température, qui était lors de l'entrée de 38°,5, est tombée à 37°,5 le soir et n'a plus reparu. Les pertes rouges, bien que peu abondantes, n'ont pas cessé et ne disparaîtront d'ailleurs qu'à la fin de la maladie. Du côté du petit bassin, l'exploration est peu à peu devenue plus facile et, le 8 mai, on constatait nettement l'état suivant :

Col mou. Utérus de dimensions ordinaires, rejeté à droite. A gauche tumeur mobile, assez dure, irrégulière, non fluctuante, peu douloureuse, de la grosseur d'une orange, un peu allongée transversalement, ne déprimant pas le cul-de-sac, mais rejetant l'utérus à droite. A droite, les annexes sont perceptibles et forment un petit cordon. D'autre part, les seins sont un peu gros, légèrement vascularisés et picotent depuis une quin-

zaine ; quelques tubercules de Montgomery, surtout à droite.

Le *diagnostic resta hésitant entre grossesse tubaire et salpingite kystique* à gauche. A droite, salpingite parenchymateuse légère. La malade refuse la laparotomie et réclame un curettage.

9 mai. — On met une laminaire : l'hystérométrie, pratiquée préalablement, indique 6 cm. 1/2.

10 mai. — Deuxième laminaire. Le 11, la malade a perdu du sang noir depuis hier. Craignant l'effet nuisible d'un curettage, s'il s'agit d'hématosalpinx ou de grossesse tubaire, je décide enfin la malade à subir la laparotomie. La laminaire est retirée et remplacée par une mèche de gaze iodoformée. La malade perdit abondamment du sang noirâtre avec quelques caillots les trois jours suivants. On constata alors que la tumeur de gauche avait disparu. Elle s'était vidée dans l'utérus, sans doute sous l'influence de la dilatation de la cavité utérine. Quinze jours après la malade quittait l'hôpital ; elle ne ressentait plus de douleurs et ne perdait plus.

Citons encore un cas de grossesse tubaire prise pour une salpingite kystique.

**Observation VI.** — *Thèse de Cestan : Obs. 6. Clinique de Necker (résumée).*

Marie P.. , 30 ans, couturière, entre à Necker, salle Lenoir, le 10 juin 1892. Réglée à 14 ans ; mariée à 18. Une grossesse à terme, bien terminée, suivie d'une première fausse couche de trois mois et d'une deuxième de trois semaines. Depuis se plaint de douleurs à gauche, avec pertes. Les douleurs, les pertes ont redoublé depuis un mois.

A l'examen : utérus porté à droite ; à gauche, masse fluctuante, douloureuse, diagnostiquée *salpingite kystique* ; dans le cul-de-sac postérieur, une deuxième masse rénitente, du volume d'un œuf de poule.

Laparotomie, le 23 juin. On trouve à gauche une salpingite catarrhale; la masse sentie dans le cul-de-sac postérieur est formée par la trompe droite dilatée, légèrement adhérente. Pédiculisation et extirpation bilatérale. Pas de drainage. Guérison.

La trompe droite ouverte est remplie par un caillot organisé, qui fait porter le *diagnostic de grossesse tubaire.*

Dans le *Bulletin de la Société anatomique* de juillet 1903, nous trouvons cette observation de MM. *Mauclaire* et *Weinberg :*

**Observation VII.** — *Grossesse tubaire externe de 5 mois, insertion vélamenteuse du cordon.*

La pièce, que nous présentons, provient d'une malade âgée de 40 ans, entrée le 23 mars 1903, à l'Hôtel-Dieu. Le troisième et dernier enfant est né il y a dix ans. Depuis octobre 1902, la malade n'a plus eu ses règles, mais elle a eu des douleurs pelviennes sous forme de crises et accompagnées d'hydrorrhée.

A l'entrée de la malade dans le service, nous fîmes le *diagnostic de salpingite.* La malade n'admettait pas la possibilité d'une grossesse, diagnostic qui avait été tout d'abord porté.

La laparotomie permit d'extraire la pièce que voici : elle était grosse comme les deux poings réunis, incluse dans le ligament large droit et développée aux dépens du tiers externe de la trompe. Les suites de l'opération furent régulières. La poche tubaire n'était pas rompue, mais sur le point de se rompre, car à travers une petite déchirure opératoire, on voit une *main de fœtus.* Une fois ouverte, on note l'insertion vélamenteuse du cordon. Les autres détails de la pièce seront décrits ultérieurement.

Dans cette observation, ce fut la réponse de la malade qui fit méconnaître la grossesse tubaire. Les

cas semblables ne sont pas rares ; et lorsque la femme nie la possibilité d'une grossesse c'est souvent qu'elle la redoute fort, ou que le retard, ou que la perte menstruelle plus abondante que normalement a passé inaperçu. Il ne faut donc que donner une importance minime aux réponses dans l'interrogatoire lorsqu'un ensemble de symptômes permet de porter un diagnostic rationnel.

M. le Dr Thiébaut fit paraître en 1895, dans les *Archives de tocologie et de gynécologie* un article intitulé *Contribution à l'Étude de la grossesse tubaire avortée* ; nous en extrayons les deux observations suivantes dans lesquelles les hémorrhagies de la grossesse ectopique furent mises sur le compte d'une métrite hémorrhagique tandis que la masse annexielle gravidique était prise pour une salpingo-ovarite bilatérale :

**Observation VIII.** — La nommée A. B..., âgée de 24 ans, mariée, a eu deux enfants. Les accouchements se sont bien passés et ont eu des suites normales. Menstruation régulière, indolente, peu abondante. La dernière a eu lieu au commencement de mars 1894. Depuis trois semaines, métrorragie continue.

Nous examinons la malade fin avril. Cette femme souffre du bas-ventre depuis trois ans ; douleurs pelviennes bilatérales, plus vives depuis quelque temps et sous forme de crises. Douleurs lombaires continues ; pertes blanches abondantes. Constipation, selles douloureuses ; miction indolente. N'a subi aucun traitement.

Toucher vaginal : Col hypertrophié, déchiré, dirigé en arrière. Corps en antéversion, volumineux, peu mobile, douloureux.

Les annexes gauches et droites sont prolabées dans le Douglas, adhérentes et douloureuses au toucher.

Diagnostic : *Métrite chronique totale et ovaro-salpingite bilatérale.*

Traitement : Castration totale le 2 mai 1894. Immédiatement après l'ouverture du Douglas, évacuation de caillots sanguins noirâtres ; l'hystérectomie est faite par basculement en avant. Les annexes sont enlevées après rupture des adhérences, qui les retiennent au pelvis et à l'épiploon.

Examen des pièces : La trompe gauche, qui paraissait la plus volumineuse au toucher vaginal, était fortement développée dans sa partie externe. En l'incisant suivant son axe *on trouvait dans cette partie dilatée un caillot sanguin, fibrineux, gros comme une noix, adhérent en un point très intimement à la trompe*, qui à ce niveau avait ses parois amincies; son pavillon était oblitéré, soudé à l'ovaire. Les deux tiers internes de cet organe présentaient les lésions de salpingite chronique. Villosités hypertrophiées, parois dures et épaisses. L'orifice utérin était perméable.

Sauf le caillot de sang, on trouvait les mêmes lésions dans la trompe droite. Les ovaires étaient gros, à kystes nombreux renfermant pour la plupart un liquide séreux.

**Observation IX.** — *Thiébaut (loc. citat.).*

J. P...., âgée de 35 ans, mariée, douze enfants. Accouchements normaux, dont les suites ont été bonnes. Menstruation régulière, abondante, douloureuse. Dans ces derniers temps, les règles reviennent à des intervalles irréguliers et la malade a eu trois métrorragies dans l'espace d'un mois.

Cette personne se plaint de douleurs dans le bas-ventre depuis un an environ ; il y a deux mois ces douleurs sont devenues plus vives, plus accusées du côté gauche et se présentent par crises. Douleurs lombaires, pertes blanches, selles régulières, parfois douloureuses, miction difficile et fréquente.

Toucher vaginal : col hypertrophié, scléreux. Corps en antéversion augmenté de volume, de consistance molle, peu mobile. La trompe droite est sensiblement normale; l'ovaire de ce côté est kystique, prolabé, adhérent; la trompe gauche est kystique, très douloureuse au toucher ; l'ovaire est scléreux, petit.

Diagnostic : *Métrite totale et annexite bilatérale.*

Traitement : la castration totale fut pratiquée le 17 juillet 1894. L'hystérectomie vaginale, assez facile, fut faite par basculement antérieur; de nombreux caillots sanguins sortirent de l'abdomen après l'ouverture du Douglas.

Examen des pièces : la trompe gauche, soudée par son pavillon à l'ovaire, avait dans ses deux tiers internes le volume du petit doigt et offrait au niveau de son tiers externe une dilatation de consistance assez dure, non fluctuante. En incisant cette tumeur suivant l'axe de l'organe, on trouvait *un caillot sanguin noirâtre très adhérent en un point à la trompe et du volume d'un œuf de pigeon.* L'ovaire gauche était scléreux; sa substance corticale avait en grande partie disparu. Du côté droit, la trompe présentait en l'incisant une muqueuse, à villosités hypertrophiées, et baignée d'un liquide clair. Les parois étaient peu épaissies, mais, dans sa totalité, l'organe était sinueux, comme enroulé sur lui-même. L'ovaire était farci de petits kystes séreux.

Dans ces deux observations, l'examen microscopique a permis de reconnaître un hématosalpinx, ayant pour origine une grossesse tubaire avortée.

Dans la thèse de Camelot, (1) nous trouvons une observation de M. Doléris, (2) qui rapporte un cas de grossesse tubaire méconnue, diagnostiquée ovaro-salpingite chronique.

1. Thèse de Paris 1895. *De l'Hématosalpinx.*

2. Observation publiée en 1891, in *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*

**Observation X.** — Mme B...., 27 ans. Réglée depuis l'âge de 13 ans, très régulièrement. Mariée à 21 ans, pas d'accouchement, ni de fausse couche.

Traitée en 1886 pour une métrite. Revient en décembre 1889. Aménorrhée absolue pendant les mois de septembre et octobre. A la fin de novembre, elle a une perte accompagnée de souffrances atroces et suivie de l'expulsion d'une membrane qui a été rendue en trois fragments.

L'examen de la malade est pratiqué, le 14 novembre, par M. Doléris, après anesthésie. L'utérus, en antéflexion accentuée, mesure 8 centimètres. Dans le Douglas, tumeur qui paraît s'étendre davantage du côté gauche, irrégulière, résistante, d'un développement modéré et très douloureux au toucher, lorsque la malade se réveille.

Les deux mois d'aménorrhée et l'absence de réaction fébrile donnent à penser à M. Doléris qu'il s'agit là *d'ovaro-salpingite chronique* avec accumulation de sang dans la trompe. Curettage utérin.

Le 17 décembre. — Laparotomie. Incision de la paroi abdominale très épaisse, adipeuse. La trompe gauche est enclavée au sein d'un exsudat membraneux, très dense. Cependant quelques adhérences postérieures très friables se laissent déchirer du bout des doigts. Cette effraction donne issue à un sang sirupeux, mélangé de caillots. La voie étant faite, l'opérateur dégage la tumeur et l'enlève ainsi que l'ovaire perdu dans la même gangue exsudative.

Du côté droit, la trompe est libre, légèrement épaissie ; l'ovaire, du volume d'un petit œuf de poule, est solidement implanté dans le Douglas et présente un kyste, gros comme une noix, qui se rompt sous la pression du doigt et laisse échapper quelques caillots. Une portion de la paroi du kyste est laissée adhérente et comme incrustée dans le cul-de-sac. Le reste de l'organe est enlevé, non sans peine, avec la trompe correspondante. La malade a guéri sans incident.

Examen des pièces : (Résumé). Trompe droite saine; ovaire droit un peu gros à cause d'un kyste sanguin intrafolliculaire. L'ovaire gauche est sclérosé.

*La trompe gauche présente une poche correspondant à une grossesse tubaire de six à sept semaines*, avortée depuis trois semaines environ « si l'on s'en rapporte à la date de l'expulsion de la caduque ».

Si la grossesse tubaire passe fréquemment pour une salpingite chronique ou catarrhale, elle est encore plus souvent prise pour un pyosalpinx, c'est ce que nous montreront les observations suivantes :

**Observation XI.** — *Grossesse extra-utérine sans symptômes caractéristiques :* par J. M. Baldy, *in Philadelphia Med. News*, 15 fév. 1890. (*Extr. d'Ann. de Gynéc.*, 1892, p. 155).

Il s'agit d'une femme de 24 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué un *pyosalpinx double.* On trouva après laparotomie, à gauche un petit kyste de l'ovaire ; à droite, une *grossesse tubaire.*

Le fait est remarquable en ce qu'aucun symptôme ne pouvait faire penser à la grossesse, l'utérus étant d'un volume normal.

Dans les articles que MM. Picqué et Charrier ont publiés en 1893, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, nous trouvons la suivante observation:

**Observation XII.** — La nommée L..., Eliot Nelly, âgée de 32 ans, sans profession, entrée le 15 octobre 1891, salle Pascal, lit n° 15.

*Antécédents.* — Mariée à 22 ans. Pertes blanches aussitôt après. Fausse couche de un mois et demi, 2 mois après, suivie de pertes qui ont duré quinze jours et de douleurs dans le ventre.

Se rétablit petit à petit. Accouchement il y a trois ans et demi, normal, mais délivrance complète, seulement cinq jours après ; on enlève alors des débris de placenta assez volumineux. La malade se relève trois semaines après, guérie. Il y a deux ans et demi, fausse couche d'un mois, suivie de pertes qui durent huit jours, et de pelvi-péritonite (Frissons, fièvre, douleurs de ventre) soignée par des applications de glace (intus et extra). Se rétablit au bout de quatre mois seulement. Au mois de juillet, rechute, pelvi-péritonite. Depuis lors, règles durant trois jours, peu abondantes. A chaque menstruation, douleurs dans le ventre, dans les cuisses et surtout dans les reins. Leucorrhée peu abondante.

A son entrée à Pascal, se plaint surtout de douleurs dans le ventre et les reins. A l'examen, tumeur grosse comme le poing dans le cul-de-sac droit empiétant dans le cul-de-sac postérieur. Beaucoup moins grosse à gauche. Diagnostic : *Pyosalpinx et pelvi-péritonite.*

Laparotomie le 12 novembre 1891. Du côté droit, kyste du volume du poing à paroi très mince et à contenu séreux qui se rompt dans le ventre sous les manœuvres de décortication. La trompe volumineuse est dilatée en une tumeur grosse comme un œuf (*hématosalpinx*), incluse dans le ligament large et très adhérente. M. Picqué parvient néanmoins à la décortiquer, au prix d'efforts considérables. Une ligature est posée sur le pédicule près de la corne utérine. Du côté gauche trompe également très adhérente, grosse comme deux doigts, recourbée en forme de crosse. A la coupe, on constate que les parois de la trompe sont épaissies (salpingite parenchymateuse.) Tamponnement de Mikulicz après lavage du péritoine. Suites de l'opération : le 15 novembre, les deux lanières du tamponnement de Mikulicz sont enlevées, le sac est encore laissé en place. Bon état général et local.

**Observation XIII.** — *Grossesse tubaire méconnue.*

*Extr. d'une leçon clinique du professeur Tillaux, publiée par le Dr Thiéry* (1).

« La malade qui fait l'objet de la leçon d'aujourd'hui est une femme âgée de 30 ans, à laquelle j'ai pratiqué la laparotomie il y a quatre jours... Elle a eu deux accouchements : l'un il y a vingt mois, l'enfant est mort ; un deuxième , il y a sept mois, l'enfant est mort de diarrhée infantile ; ce dernier accouchement est du mois de mai, les règles reviennent deux mois après mais il persista des douleurs vives dans la zone périutérine. Puis les règles se supprimèrent pendant six semaines et, fin septembre, la malade fut prise de métrorragie abondante avec caillots : le médecin, qui fut appelé à donner ses soins, a porté le diagnostic de fausse couche, mais il n'a pas retrouvé d'embryon. A la suite de cette perte la malade a continué à souffrir et à perdre un peu, elle a été amenée à la Pitié le 11 octobre, où elle nous dit avoir fait une fausse couche.

Elle était à ce moment dans un état lamentable : pâle, défaite, très souffrante, avec douleurs spontanées et à la pression. Je la touchai et constatai dans le cul-de-sac gauche une tumeur adhérente à l'utérus, quoique non développée aux dépens de l'utérus, résistante, presque ferme, un peu irrégulière, ce qui m'empêcha d'admettre une distension de la trompe ; je pensai à une pelvi-péritonite, mais sans porter de diagnostic exact : « peut-être y a-t-il fibrôme », ai-je dit à ce moment. La malade fut soumise au repos, je fus assez longtemps sans la toucher. A mon départ de la Pitié, je la touchai de nouveau et constatai le même état local ; la température n'avait jamais dépassé 38°.

Le 22 novembre, elle vient me consulter à la Charité ; je constate un état général beaucoup meilleur ; elle perd toujours, et d'une façon continue, un peu de sang ; dans le cul-de-sac gauche je trouve non plus la tumeur primitive, résistante, mais

1. *Annales de Gynécologie*, février 1894.

cette tumeur avait des caractères différents, lisse, régulière et légèrement fluctuante ; je pensai alors à une *grosse salpingite* et je me demandai si elle n'était pas *purulente*.

La malade réclamait instamment une opération ; en la touchant à droite, je trouvai aussi une tuméfaction beaucoup moins considérable qu'à gauche.... »

(Résumé) Laparotomie : Trompe gauche saine, ovaire gauche un peu gros. « Où était donc la tumeur volumineuse que j'avais sentie dans le cul-de-sac gauche ? Elle était à droite ! » La trompe droite présente un kyste, du *volume d'un gros poing, qui se rompt en l'extrayant ; il s'en échappe de nombreux caillots*. Cet *hématosalpinx* fut examiné par M. Pilliet, qui conclut à une *grossesse tubaire*.

**Observation XIV**. — *Ch. Prior* (*Boston medical*, 1893) (1).

Femme mariée il y a neuf ans ; une fausse couche de six mois ; depuis douleurs à gauche et règles irrégulières. Dernières règles en juin ; au milieu d'août légère perte pendant deux jours ; en septembre et en octobre, épistaxis de trois semaines qui amène un certain soulagement. Pas de signes de grossesse. A l'examen, utérus en position normale, un peu gros. Trompe gauche sensible, volumineuse.

Diagnostic : *Salpingite chronique gonorrhéique ou tuberculeuse avec hématosalpinx.*

Laparotomie le 25 novembre. — *Grossesse tubaire gauche évidente.*

Examen histologique par Whitney. — Guérison.

**Observation XV**. — *J. Œdham* (*American Journal*, juin 1894) (2).

Femme de 25 ans ; nullipare ; il y a trois ans, aménorrhée de

1. Extraite de la thèse de Cestan, p. 149.

2. Thèse de Camelot, p. 150.

trois mois ; depuis plusieurs crises douloureuses pelviennes, étiquetées douleurs inflammatoires. A l'examen, tumeur du volume d'un œuf à droite ; utérus dévié à gauche et fixé.

Diagnostic : *Pyosalpinx.*

Laparotomie, le 18 août. — Ablation bilatérale des annexes, pénible, car adhérences extrêmes. La trompe droite ne contenait pas de pus, mais était transformée en un *kyste fœtal vieux*, datant sans doute de la première poussée douloureuse. Guérison.

**Observation XVI.** — *Hématosalpinx d'origine placentaire (diagnostiqué ovario-salpingite), Thèse de Camelot, p. 106.*

Bl.. Marie, âgée de 27 ans, entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Duret pour des douleurs abdominales qui, d'après son dire, ont débuté il y a quelques mois seulement. Elle a eu ses premières règles à 16 ans, elles ont toujours été normales. A 20 ans, premier accouchement ; les suites de couches sont bonnes. Après l'accouchement des pertes blanches persistèrent pendant plusieurs mois et consécutivement, apparut, à l'occasion des règles ou d'une fatigue, une légère douleur dans le côté droit.

A 22 ans, deuxième enfant. La malade se place comme nourrice pendant vingt mois. Durant tout ce temps, sa santé est excellente ; elle se plaint néanmoins de douleurs, qu'elle qualifie de migraines et de névralgies. Quand elle cessa d'allaiter, le point de côté droit reparut ; son intensité s'exagérait à chaque periode menstruelle et à l'occasion de fatigues exceptionnelles. Il faut croire cependant qu'il était supportable, puisque la malade pouvait se livrer quotidiennement à des travaux pénibles : elle cirait des parquets, faisait des lessives...

Au mois de février (le 17), elle constata que ses règles se prolongeaient au delà de leurs limites habituelles, pendant huit jours ; le sang était d'ailleurs moins teinté que d'habitude ;

il semblait mélangé avec de l'eau. Dans le mois qui suivit, des douleurs survinrent dans le bas-ventre sans qu'un exercice quelconque les eût provoquées, et le 10 mars le retour des règles fut particulièrement pénible. Le sang était très abondant, mais au milieu du troisième jour l'écoulement fut subitement interrompu. En même temps de violentes douleurs abdominales forcèrent la malade à s'aliter. Ces dernières se montrèrent d'abord dans le flanc droit, remontèrent vers l'épigastre et la région de l'hypochondre gauche ; le ventre se ballonna, des envies de vomir survinrent, et une certaine anxiété respiratoire persista pendant plusieurs jours. On appliqua sur le ventre, d'une façon continue, des cataplasmes laudanisés ; au bout d'une semaine ces phénomènes s'amendèrent ; il persista seulement une douleur sourde dans le bas-ventre. Les mictions sont très fréquentes et très douloureuses. La malade est obligée de se lever pour uriner. La défécation se fait régulièrement tous les jours, et sans aucune douleur.

L'appétit, qui avait diminué depuis un mois, renaît en ce moment. Mais la malade se sent malgré cela très faible. Elle ne peut se livrer à aucun travail, le moindre effort la fait transpirer.

La palpation est douloureuse dans la fosse iliaque droite, et aussi, mais à un degré beaucoup moindre, sur la ligne médiane et dans la fosse iliaque gauche. Elle fait reconnaître une tumeur occupant toute la fosse iliaque droite, l'hypogastre, et se prolongeant dans la fosse iliaque gauche. Le toucher permet de constater que le col est légèrement abaissé et porté en arrière et que la matrice est comme enclavée dans une masse rénitente qui déprime légèrement le cul-de-sac postérieur et latéral gauche, et très fortement le cul-de-sac antérieur et latéral droit.

Cette masse s'étend à droite jusqu'aux limites de l'excavation, mais du côté gauche un certain espace la sépare encore de la paroi osseuse.

Au palper bi-manuel on s'aperçoit que la tumeur est fixe, qu'elle est allongée transversalement, qu'elle a la forme d'un ovoïde irrégulier dont la grosse extrémité serait à droite, que la matrice enfin paraît soudée dans sa masse. Elle a à peu près le volume d'une tête de fœtus.

L'exploration était tellement douloureuse qu'elle a nécessité l'emploi du chloroforme. Le diagnostic est celui *d'ovario-salpingite.*

Sous l'influence de quelques jours de repos, l'état de la malade s'améliore considérablement; les douleurs sont presque abolies; la température, prise matin et soir, est normale. La malade sort de l'hôpital le 24 avril.

Elle y rentre le 16 mai. Les douleurs spontanées sont peu accusées, mais la malade ne peut se livrer à un travail régulier, ni fatigant ; les mêmes signes physiques persistent ; pas de règles en avril, ni en mai.

L'intervention chirurgicale est décidée le 20 mai 1892 ; elle est pratiquée par M. Duret.

Opération et examen des pièces: (Résumé). On tombe sur une grosse tumeur rougeâtre, très vascularisée et très adhérente aux organes voisins. Incisée sur une petite étendue, elle *laisse échapper quantité de caillots cruoriques.* Ablation de la poche. Lavage du péritoine. Drains. Suture de la paroi. Mort cinq jours après.

La pièce examinée présente tous les caractères macroscopiques d'une grossesse tubaire avortée « Nous sommes en droit d'affirmer, dans ce cas, l'*origine placentaire de l'hématosalpinx.* »

**Observation XVII.** — *Hématosalpinx rompu, (pris pour pyosalpinx). Villosités choriales par Hanks.* Amer. Journal of. Obst., *janv. 1890*, in *thèse de Camelot.*

La malade est en collapsus grave. Le chirurgien perçoit, près de l'ovaire droit et dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur

qu'il diagnostique *pyosalpinx* et qu'il opère d'urgence. La tumeur se compose de la trompe et de l'ovaire droits, enveloppés de caillots dus à la rupture de la trompe.

Guérison rapide. — Bien qu'aucun embryon ne fût perçu, *les villosités choriales ne laissent aucun doute sur l'existence de la grossesse tubaire.*

**Observation XVIII.** — *Pilliet et Auvray*, in *Soc. Anat. juin 1894. Grossesse tubaire compliquée d'hématocèle et accompagnée d'hémorragies abondantes (diagnostic clinique : pyosalpinx).*

Mme M.., âgée de 30 ans, entrée le 14 avril 1894, salle Gosselin dans le service de M. le professeur Tillaux, à la Charité.

Dans les antécédents héréditaires, rien à signaler.

Antécédents personnels : Réglée à 16 ans, d'une façon normale ; les premières règles s'accompagnant d'un état nerveux, qui persiste pendant quelques jours. La durée des règles était d'environ six jours. La malade, à l'âge de 23 ans, a vu ses règles se prolonger pendant trois semaines, et en même temps elle éprouvait une sensation de pesanteur dans la région hypogastrique. Pertes blanches abondantes. Peu à peu les douleurs devinrent plus intenses, les mictions fréquentes et douloureuses, les urines troubles. La malade fut traitée par le repos et des applications locales d'onguent mercuriel. Il semble qu'il y ait eu à cette époque une infection d'ordre blennorragique avec retentissement sur les annexes. Depuis cette époque, les pertes blanches ont continué et augmenté.

A 29 ans, à la suite d'une période menstruelle, est survenue une perte abondante de caillots noirâtres. A 30 ans, en janvier 1894, retard de quinze jours dans les règles ; puis tout à coup sont survenues des pertes sanguines, qui ont persisté et contre lesquelles on administra de l'ergotine. Le 6 février, la malade perdit un volumineux caillot de sang noir, et cette perte s'accompagna d'une douleur dans la région ovarienne gauche

et les reins; la douleur fut si vive que la malade perdit connaissance. A cinq ou six reprises mêmes pertes de caillots, suivies des mêmes douleurs, surtout à gauche.

*Examen local.* — A l'inspection, légère augmentation de volume de l'abdomen, principalement dans sa partie latérale gauche. A la palpation on perçoit une tumeur qui plonge en bas dans le petit bassin et remonte dans l'hypogastre et la fosse iliaque gauche. La tumeur est lisse, régulière, du volume d'une tête de fœtus, de consistance rénitente, élastique. Au toucher vaginal, la tumeur élastique, rénitente, refoule à droite l'utérus, dont elle est séparée par un sillon très net. On songe alors à une *volumineuse salpingite développée aux dépens des annexes gauches.*

*Opération.* — Ouverture de la paroi. On trouve une tumeur présentant le volume d'une tête d'enfant, lisse, se laissant déprimer sous le doigt, indépendante de l'utérus.

La tumeur incisée renferme au moins 500 grammes de caillots noirâtres que l'opérateur enlève à l'aide de ses mains. Les parois de la poche se laissent ensuite facilement décortiquer : elles sont de consistance molle, épaisses au moins d'un centimètre ; leur adhérence à la paroi de l'excavation pelvienne est peu marquée. L'opération est assez laborieuse. Les annexes gauches et droites sont enlevées. Un lavage de la cavité abdominale est fait à l'eau bouillie. Les suites furent excellentes, la guérison rapide. Le rétablissement est complet. La malade, revue un mois après l'opération, est dans un parfait état.

(*Résumé*) L'examen histologique de la pièce, fait par Pilliet, a montré que c'était un *hématosalpinx d'origine nettement placentaire.*

**Observation XIX.** — *Chaput. Soc. Anat. Octobre 1894.* — *Hématosalpinx énorme : laparotomie exploratrice suivie de l'opération de Péan (Diagnostic clinique : salpingite purulente).*

Mme X..., couturière, 27 ans, entre le 15 juillet 1891 à la

Salpêtrière, service de M. Terrillon que je remplace. Mariée il y a onze ans, elle a eu un seul enfant mort à l'âge de 4 mois. Accouchement normal et sans accidents consécutifs. Fièvre typhoïde il y a un an. Quatre mois après sa guérison les règles, jusque-là normales, furent abondantes et durèrent cinq semaines. Elle séjourne alors dix-sept jours à l'hôpital. Les pertes s'étant arrêtées, elle refusa l'opération qu'on lui proposait et rentra chez elle. Il y a deux mois et demi, elle a eu une hémorragie qui ne s'est pas arrêtée. Les douleurs, vives les premiers jours, se sont calmées ensuite.

A l'entrée, pas de douleurs, état général assez satisfaisant.

Au toucher, col abaissé et porté à droite et en avant ; corps volumineux, arrondi, rétrofléchi et porté à gauche. Au-dessus et à gauche de l'utérus, existe une masse volumineuse, dure, irrégulière, non fluctuante, douloureuse à la pression. Elle remonte à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du pubis. Les mouvements que l'on imprime à cette masse se transmettent mal à l'utérus. Diagnostic : *Salpingite purulente.*

Le 21 juillet 1891, M. Chaput exécute la laparotomie médiane. On constate l'existence d'une grosse tumeur kystique, adhérente au bassin, au rectum, à l'utérus. Son énucléation paraissant impossible, le ventre est refermé et on procède immédiatement à l'opération de Péan.

Débridement de la vulve à gauche. Incision circulaire du col, pincement préventif des ligaments larges et morcellement. Deux pinces sont placées de chaque côté sur le ligament large. Au cours de l'opération, on trouve à gauche une énorme poche à parois épaisses remplie de caillots anciens. Une seconde poche semblable est superposée à la première. Un grand diverticule se prolonge en arrière et à droite. Lavage au sublimé, tamponnement iodoformé, suture de la vulve. La malade sort guérie au bout de trois semaines.

Examen des pièces. — L'utérus d'un volume normal mesure de 10 à 12 centimètres de hauteur. Les débris de la poche sont

irréguliers ; à leur face interne qui ressemble à la paroi interne du cœur, des couches de caillots anciens sont intimement adhérents.

L'examen histologique fait par le Dr Pilliet a montré que la poche était creusée sous le ligament large, non dans la trompe. Il s'agissait donc *d'une grossesse primitivement tubaire*, puis enkystée, par soudure au-dessus de l'œuf des franges de la trompe enflammée, puis interstitielle et développée dans le ligament large. Le caillot épais contenait une cavité amniotique à parois lisses, sans fœtus, et quelques villosités rares.

**Observation XX.** — *Hématosalpinx droit pris pour salpingite gauche. Service de M. Lejars, 26 avril 1904.* (Inédite) nº 136.

Cette malade est âgée de 30 ans, elle eut la fièvre typhoïde à 8 ans Réglée à 14 ans, assez irrégulièrement depuis ; les règles durent huit jours. Elle eut deux grossesses normales.

La maladie actuelle remonte à un certain temps déjà : au dire de la malade, elle aurait commencé par des pertes abondantes, jaune verdâtre, tachant le linge, accompagnées de brûlures en urinant, de douleurs vagues dans les reins et de courbature générale.

Il y a cinq semaines, cette femme est prise brusquement d'une douleur interne, sous forme d'élancements, dans tout le bas-ventre, qui dure huit heures ; cette douleur irradie vers les lombes et les fesses et force la malade à s'aliter. A la suite de calmants, les douleurs se passent et la femme se relève.

Cinq jours après, nouvelles douleurs aussi violentes que les premières mais qui ne durent que deux heures. Elle s'alite et après un repos, au lit, prolongé, les douleurs disparaissent.

Depuis ses dernières règles, le 17 avril, sur lesquelles on n'a pas de renseignements, la femme n'a remarqué aucun écoulement vaginal. Elle a perdu l'appétit et se trouve très constipée

A l'examen on trouve une petite masse douloureuse, dans le flanc gauche, et qui roule sous le doigt.

Au toucher combiné au palper on trouve un col ulcéré, incliné à gauche par une bride épaisse qui se prolonge dans la profondeur.

Diagnostic clinique : *Salpingite gauche.*

Laparotomie, le 26 avril 1904. Utérus de volume normal, en position régulière ; un peu de sang noir dans le cul-de-sac postérieur ; *à gauche annexes saines non adhérentes.* A droite, annexes encapuchonnées d'adhérences récentes, brunâtres. *Trompe dilatée par du sang dans son tiers externe* et portant sur sa partie moyenne une *bosselure noirâtre* grosse comme le pouce, figurant la poche d'une *grossesse tubaire toute jeune fissurée.* Ablation. Péritonisation ; ablation de l'appendice par invagination et double sujet. Réunion avec drain.

**Observation XXI.** — *Hématosalpinx double diagnostiqué pyosalpinx gauche* (Inédite). *Service de M. Lejars, 23 avril 1904*, n° 131.

Cette malade réglée à 15 ans et régulièrement jusqu'à 18 ans, époque où pendant trois mois « elle ne voit pas » ; puis les règles reviennent irrégulières et douloureuses et forcent, à chaque époque, la malade à s'aliter.

Deux accouchements : le premier normal à 19 ans 1/2 ; le deuxième à 29 ans, beaucoup plus difficile : hémorragie abondante, délivrance pénible.

Une fausse couche, l'an dernier en janvier ; fausse couche de deux mois, suivie de métrorragies abondantes et prolongées. Pas de fièvre.

Les dernières règles ont paru le 23 février et depuis cette date la malade perd du sang, en petite quantité, tous les jours. Des douleurs assez vives ont apparu dans le bas-ventre en même temps ; elles siègent d'abord à gauche, puis à droite, irradient dans les cuisses et les lombes.

Peu de troubles réflexes, cependant changement et bizarrerie du caractère, étouffements, bouffées de chaleur ; ballonnement du ventre.

A l'examen : masse douloureuse, allongée, de la grosseur d'une amande rénitente au toucher, qui semble être la trompe gauche prolabée dans le Douglas.

Diagnostic clinique : *Salpingite gauche.*

Laparotomie, le 23 avril 1904. — On trouve un peu de sang noir dans le petit bassin ; à gauche, *trompe noirâtre, bosselée,* que l'on enlève avec l'ovaire : A droite, trompe plus grosse (un gros doigt) sinueuse, fermée, *remplie aussi de sang,* qui transparaît. Elle est adhérente ; on l'enlève on laisse l'ovaire encapuchonné dans des adhérences. Péritonisation, ablation de l'appendice par encapuchonnement. Le quart inférieur est cicatriciel et adhérent à l'extrémité inférieure du ligament large. Réunion avec drain.

**Observation XXII.** — *Hématocèle rétro-utérine par rupture tubaire droite diagnostiquée pyosalpinx droit. Service de M. Lejars, 17 janvier 1903* (Inédite).

Cette malade, âgée de 43 ans, a eu huit enfants et quatre fausses couches alternant avec les grossesses venues à terme. Les règles sont irrégulières et abondantes.

Après sa quatrième fausse couche, cette femme a subi un curettage. Depuis cette époque, elle accuse de légères douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite (élancements et tiraillements). Ses règles qui, depuis quelques mois, revenaient plus régulièrement, apparaissent pour la dernière fois au commencement de décembre dernier ; à cet arrêt des règles correspondent de violentes douleurs dans le bas-ventre, survenant par crise, deux fois par semaine environ. Elles irradient vers les reins et vers le fondement. *Depuis la fin des dernières règles cette femme perd en rouge d'une façon continue.*

Les crises douloureuses siègent surtout dans le côté droit du

bassin, elles s'accompagnent de violentes céphalalgies. L'appétit a disparu.

A l'examen on trouve dans le cul-de-sac postérieur une main cylindroïde transversale, qui se continue du côté droit et qui paraît être une grosse collection annexielle. Sous le chloroforme, on retrouve la même masse postéro-latérale droite qui se prolonge dans le ventre assez haut, sans limites nettes.

Diagnostic clinique : *Pyosalpinx droit.*

Laparotomie, le 17 janvier 1903. — *Hématocèle rétro-utérine, grossesse tubaire droite* ; une certaine quantité de sang noir et de petits caillots infiltrant l'épiploon. Grosse masse tubaire noirâtre droite, prolabée et adhérente qu'on décortique en masse et qu'on enlève par section directe. Détersion. Annexes gauches saines. Réunion avec drain.

**Observation XXIII.** — *Hématosalpinx double.* (*Diagnostic hésitant avec la salpingite*). *Service de M. Lejars, 14 juin 1904* (Inédite).

Cette malade, âgée de 30 ans, a eu de nombreuses crises de rhumatisme articulaire aigu depuis l'âge de 11 ans.

Réglée à 11 ans, régulièrement et abondamment.

Deux accouchements normaux, le dernier en 1894.

Au commencement d'avril, *après un retard de quatre à cinq jours* ses règles apparurent, mais furent douloureuses et se prolongèrent une quinzaine. Au mois de mai, *les règles durent tout le mois et ne s'arrêtent que le 5 juin.* Ces pertes sont constituées par du *sang liquide sans caillots.*

Des douleurs surviennent surtout au niveau de l'aine droite, elles se manifestent par des crises plus ou moins longues ; elles augmentent avec le mouvement et dans la station verticale.

Au cœur : Double souffle mitral ; souffle diastolique à l'aorte (?)

Au toucher vaginal : utérus gros, un peu douloureux et mou. Les culs-de-sac droit et postérieur sont très sensibles ; ils sont

occupés par une masse arrondie, assez volumineuse, douloureuse, rénitente.

Diagnostic clinique hésitant entre *hématosalpinx et annexite.* Laparotomie, le 14 juin 1904. — Caillots dans le ventre. Décortication de la masse annexielle droite. A gauche *grosse trompe, sinueuse, noirâtre et remplie de sang* qui se vide quand on décolle le pavillon. Gros utérus. Hystérectomie supra-vaginale avec ablation des annexes des deux côtés. Péritonisation, réunion avec drain.

Nous rapporterons maintenant un des cas les plus difficiles qu'on ait à observer : *pyosalpinx d'un côté et grossesse tubaire de l'autre.* Dans l'observation qui va suivre, l'examen physique avait fait penser à un pyosalpinx, mais le diagnostic qui l'emporta fut celui d'hématocèle à cause des troubles menstruels que présentait la malade, et du tableau dramatique des derniers accidents.

**Observation XXIV.** — *Salpingite suppurée à droite et grossesse tubaire récente rompue à gauche (Diagnostic clinique : Hématocèle). Service de M. Lejars, 9 février 1905.* (Inédite).

Mme M..., âgée de 30 ans, entre à Tenon, salle Delessert, au commencement de février. Elle n'a jamais eu de maladies notables antérieurement. Réglée à 11 ans, régulièrement avec une légère avance d'un jour ou deux. Les règles sont faciles, abondantes, leur durée est de quatre à six jours.

Un accouchement, il y a douze ans, normal. Pas de fausse couche. Depuis une dizaine d'années, la malade a *des pertes blanches* qu'elle combat par des injections au permanganate.

Les dernières règles sont venues le 15 janvier 1905 ; elles ont été particulièrement douloureuses, et se sont prolongées jusqu'à ce jour 6 février, sous forme d'*écoulement continu liquide et mêlé de caillots.*

Les douleurs, depuis le premier jour des règles, sont continues et très vives surtout la nuit. Elles sont si intenses qu'elles arrachent des cris à la malade qui les compare aux *douleurs de l'accouchement.* Leur paroxysme semble avoir eu lieu vers le 3 février. Elles partent du bas-ventre et irradient vers la région lombaire.

Cette malade n'a eu ni nausées, ni vomissements ; elle est constipée depuis le début de son affection actuelle et se sent assez faible. Au cœur, on entend un léger souffle présystolique à la pointe.

*Examen* : Utérus en avant plutôt petit. Cul-de-sac postérieur occupé par une masse ovoïde très tendue, très douloureuse qu'on ne sent pas par le ventre et qui ne se prolonge pas d'un côté à l'autre. *On pense au pyosalpinx, mais celui qui l'emporte est celui d'hématocèle.*

Laparotomie, le 9 février 1905. — A droite masse annexielle prolabée et adhérente. Au cours de la décortication, un peu de *pus s'écoule* provenant d'un abcès péritubaire. Utérus adhérent sur toute sa face postérieure qu'on décolle. A gauche, *grosseur tubaire rompue* au niveau du tiers interne avec gros caillots au niveau et très peu de sang en dehors. Décortication ; hystérectomie en bloc avec les annexes ; péritonisation, réunion avec drain.

**Le cas suivant du Dr Hannecart est en tout semblable à celui qui précède ; mais il y eut une erreur complète de diagnostic, car l'auteur, dans les lésions annexielles, n'entrevit même pas la grossesse tubaire.**

**Observation XXV.** — *Pyo-oophoro-salpinx à droite et hématosalpinx à gauche (diagnostiqués double pyosalpinx), par le Dr Hannecart* — Journal Médical de Bruxelles, *1902*).

L'auteur, chez une femme âgée de 29 ans, avait porté le diagnostic de *pyosalpinx double*, hésitant en ce qui concerne le

côté droit, où la tumeur affectait assez bien les caractères d'un fibrome sous-péritonéal.

L'hystérectomie abdominale totale fut pratiquée et la malade guérit rapidement.

A droite, il s'agissait d'une *salpingo-ovarite suppurée.*

A gauche, la trompe de la grosseur du poing, à parois épaissies, contient un liquide sirupeux, de couleur chocolat, tenant en suspension des *caillots et des débris fibrineux* ; l'ovaire est normal.

Le diagnostic de ces deux derniers cas, comme de celui qui suit du reste, est, on le voit, particulièrement difficile. En effet, lorsque les lésions salpingiennes sont *bilatérales,* on ne pourra différencier la nature de l'une et de l'autre de ces lésions qu'après un *examen des plus attentifs* et *un interrogatoire des plus précis.* Nous indiquerons, quelques pages plus loin, quels sont les caractères physiques, les signes fonctionnels et généraux qui permettront de faire le diagnostic entre la grossesse tubaire, avortée ou non, et le pyosalpinx.

**Observation XXVI.** — *Grossesse extra-utérine datant de trois ans. Double salpingite purulente par Jonnesco,* in *Société de Chirurgie de Bucarest, 1904.*

Cette malade, âgée de 30 ans, est entrée dans mon service le 17 mars. Je l'avais déjà vue à Craïova, alors qu'elle présentait tous les symptômes d'une péritonite localisée dans le pelvis et le flanc droit, avec fièvre, vomissements, constipation et une grossesse de trois mois. Après lui avoir institué un traitement calmant, repos, glace sur le ventre, opiacès, les phénomènes péritonéaux se sont amendés et la malade a eu un avortement, après quoi tous les symptômes se sont apaisés complètement ; mais comme il persistait dans le petit bassin

une tuméfaction qui englobait l'utérus et les annexes, et que le malade souffrait de troubles vésicaux et rectaux, elle est venue à Bucarest réclamant une intervention radicale. *Dans ses antécédents, je trouvais alors que la malade, il y a 3 ans, avait présenté les signes de la grossesse, mais sans avortement, ni accouchement prématuré ou à terme*, après quoi, elle a eu une autre grossesse, une année après, suivie d'un accouchement à terme, et enfin, la troisième grossesse s'est terminée par l'avortement dont nous avons parlé.

A l'examen, on trouve le cul-de-sac de Douglas rempli par une tumeur qui proémine dans le vagin, et l'utérus immobilisé par une infiltration générale du petit bassin. Je pose le diagnostic d'une *double salpingite chronique.* Le 19 mars, je pratique la laparotomie, je trouve le petit bassin rempli par une double salpingite adhérente, et sur cette tumeur adhéraient les anses grêles, l'épiploon, et le côlon pelvien. Avec grande difficulté, j'ai pu détruire les adhérences, libérer l'épiploon et les intestins, mais pendant ces manœuvres j'ai dû ouvrir les poches purulentes, dont le contenu s'est répandu dans le pelvis. Dans le Douglas, je trouve une tumeur de la dimension du poing adhérente au rectum et à l'utérus, que j'ai dû ouvrir et j'ai trouvé dans cette poche *un fœtus macéré* pouvant avoir l'âge de 3 mois. Je pratique la castration abdominale totale dont la malade a parfaitement guéri.

Ce cas est intéressant, car il s'agit d'une *grossesse extra-utérine datant de trois ans*, ce qui n'a pas empêché la malade d'avoir trois grossesses utérines, suivies toutes trois, du reste, d'avortement.

**Observation XXVII.** — *Grossesse extra-utérine, par M. Verdelet (prise pour salpingite suppurée) Soc. de Gyn., d'Obst. et de Péd. de Bordeaux, séance du 10 avril 1900* (1).

Il s'agit d'une femme de 41 ans, entrée dans le service du Professeur Demons, le 12 février 1900.

1. Extr. de la *Semaine Gynécologique*, 1900, page 255.

Les antécédents héréditaires de cette malade n'offrent rien à signaler de particulier, mais par contre ses antécédents personnels sont plus intéressants. En effet, on relève chez elle l'existence de trois accouchements à terme (à 18 ans, 21 ans, 23 ans) et quatre fausses couches (à 19 ans, 22 ans, 25 ans, 39 ans) chaque fausse couche de un mois et demi à deux mois. Ces fausses couches, au moins les dernières, ont eu de mauvaises suites, signalées par des douleurs et des hémorragies très abondantes et, depuis la dernière surtout, la malade s'est constamment mal portée. Il y a trois ans, elle a subi un curettage et une amputation du col. Mais après une amélioration de courte durée, les douleurs abdominales sont revenues comme auparavant.

La maladie pour laquelle cette femme vient consulter à l'hôpital date du 25 décembre dernier. Ce jour-là, la malade fut prise subitement de douleurs très aiguës dans l'abdomen, douleurs qui durèrent quatre ou cinq jours, et qui s'accompagnèrent de vomissements et d'une constipation opiniâtre qui cédait difficilement devant l'emploi de purgatifs et de lavements. Au bout de ces quatre ou cinq jours la douleur se localisa dans la fosse iliaque droite et en même temps apparut une tuméfaction notable à cet endroit.

Elle fut alors examinée par son médecin qui constata un écoulement de pus par une fistule siégeant dans le vagin entre la vessie et le col de l'utérus.

Dans le courant de janvier, c'est-à dire quinze jours environ après cet accident, la malade eut une perte sanguinolente assez abondante avec douleurs expulsives, qu'elle compare à celles d'un accouchement et elle pensa qu'il s'agissait bien d'une fausse couche, car depuis le mois de novembre ses règles n'étaient point revenues. Depuis cette époque, il n'y a rien à signaler que la présence de la tumeur de la fosse iliaque droite, la constipation de plus en plus opiniâtre, le dépérissement de la malade accompagné d'œdème et de douleurs dans les mem-

bres inférieurs. C'est dans ces conditions qu'elle entre à l'hôpital, le 12 février 1900.

Son état général est très mauvais: teint terreux, cachectique, figure amaigrie, muqueuses décolorées, pas d'appétit, constipation, douleurs dans les reins, le bas-ventre et le haut des cuisses.

Du côté de l'abdomen, il existe une voussure notable surtout dans la fosse iliaque droite. Cette tuméfaction qui dépasse un peu la ligne médiane, donne la sensation d'une poche régulière, fluctuante, très tendue. La peau est tendue sur cette tumeur qui est elle-même légèrement mobile sur les plans profonds. Le toucher vaginal montre que le col utérin est relevé et caché sous la symphyse pubienne. Les culs-de-sac sont empâtés, mous et dépressibles, le postérieur surtout rempli par la tumeur.

L'examen général décèle un œdème considérable dans la région lombaire et les membres inférieurs, de l'albumine en petite quantité dans les urines, très peu abondante du reste.

En présence de ces symptômes et malgré l'absence de température, se basant sur les accidents génitaux accusés par la malade et sur le dire du médecin qui avait constaté un écoulement de pus par le vagin, on porta le diagnostic de *salpingite suppurée.*

Le 21 février, M. Demons procéda à l'opération.

On place la malade en position gynécologique et on ponctionne avec une aiguille la tumeur dans le cul-de-sac postérieur. Il s'écoule du sang légèrement rouge, assez liquide. Dans ces conditions le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine se posait. Mais par crainte d'une hémorragie abondante et difficile à arrêter, on renonça à l'idée première de l'évacuation de la poche par la voie vaginale et on eut recours à la laparotomie.

Incision de la paroi. On tombe sur la tumeur qui, recouverte du péritoine pelvien, se continue avec la séreuse intestinale. Ponction avec un trocart, il s'écoule du sang noirâtre, pois-

seux, mais bientôt le trocart étant bouché par les caillots, on incise la paroi de cette poche après avoir protégé par des compresses la grande cavité abdominale. Il s'écoule en abondance du sang liquide, puis on retire avec la main de nombreux caillots et entre autres une *masse ovoïde, recouverte de caillots, qui contient le placenta et le fœtus.*

Le reste de la poche est protégé avec la plus grande facilité et la poche, fixée à la paroi abdominale, est marsupialisée.

Pendant l'opération il a été facile de se rendre compte que la poche hématique présente un pôle volumineux dirigé à droite et qui descend à gauche dans l'excavation pelvienne, derrière l'utérus. Cette poche est formée par les feuillets du ligament large décollés par la rupture de la grossesse tubaire qui s'est faite dans l'intérieur du ligament (variété sous-péritonéo-pelvienne). Le fœtus retiré était d'environ deux mois. Les suites opératoires ont été excellentes, disparition de l'œdème, de l'albumine, rétablissement de la fonction urinaire.

La malade est sortie en très bon état, à la fin de mars.

« Quelques faits m'ont paru intéressants à noter dans cette observation :

1° La difficulté du diagnostic : Influencés par le récit du médecin qui avait soigné la malade, par la cachexie toute particulière qui faisait dépérir cette femme, cachexie que l'on est habitué à rencontrer dans certains cas de suppuration devenue apyrétique, nous avions porté le diagnostic de *pyosalpinx. Les faits absolument nets* et sur lesquels nous n'avons été bien fixés qu'après l'opération, *en reprenant de très près l'interrogatoire de la malade auraient pu cependant nous donner de grosses probabilités en faveur d'une grossesse extra-utérine rompue.*

2° Le passé génital antérieur de cette femme peut

être invoqué, comme l'ont fait certains (Kustner), pour expliquer cette grossesse ectopique.

3° Le siège de la rupture était également intéressant à mentionner, car l'épanchement au lieu de se faire librement vers la cavité péritonéale, comme cela a lieu souvent, s'est fait dans l'intérieur du ligament large, décollant ses deux feuillets, s'insinuant ainsi dans le petit bassin pour constituer la variété sous-péritonéo-pelvienne de la rupture d'une hématocèle. »

Nous nous arrêterons dans cette publication d'observations, pensant que leur nombre en est assez considérable pour prouver que la grossesse tubaire est fréquemment méconnue et, dans le cas qui nous occupe actuellement, prise pour une annexite. Mais s'il arrive très souvent que cette erreur se produise, il n'est pas rare aussi de constater l'erreur inverse, c'est-à-dire qu'on ait porté le diagnostic de grossesse tubaire, ou d'une de ses complications, et que lors de la laparotomie on se soit trouvé en présence d'un pyosalpinx.

Nous allons donner à ce sujet quelques observations de notre maître, M. Lejars, de Freund et de Boldt.

**Observation XXVIII.** — *Salpingo-ovarite suppurée, diagnostiquée Hématocèle. Hôpital Tenon. Salle Delessert. Novembre 1901. Service de M. Lejars.*

Mme B..., âgée de 28 ans. Toujours un peu maladive.

Réglée à 15 ans ; toujours avec un peu de retard ; les règles durent huit jours.

Cinq accouchements, le dernier il y a deux ans. Pas de fausse couche.

Dernières règles le 16 octobre, normales, avec un retard de deux ou trois jours.

Deux jours après, la malade est prise subitement de douleurs vives dans l'abdomen ; elles sont très violentes, analogues aux douleurs de l'accouchement elles irradient vers les reins ; fausses envies d'aller à la selle.

Le lendemain de cette crise douloureuse, des pertes rouges apparaissent ; d'abord peu abondantes, elles augmentent les jours qui suivent et deviennent continues.

Les douleurs ont cessé depuis six à huit jours.

Il n'y a pas eu de vomissements, mais on note de la constipation.

Examen : L'abdomen est normal, pas douloureux à la palpation, on ne sent rien au palper seul, mais combiné au toucher vaginal, on perçoit une masse diffuse, molle dans le cul-de-sac gauche et se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur.

*On porte le diagnostic d'hématocèle.*

Laparotomie, le 19 novembre 1904. — A gauche, masse annexielle du volume d'un citron, adhérente, composée d'une trompe sinueuse distendue et d'un gros ovaire kystique. Décortication : *un peu de pus sourd par le pavillon.* Ablation. Péritonisation et réunion avec drain.

**Observation XXIX.** — *Suppuration pelvienne double, prise pour hématocèle. Hôpital Tenon, salle Delessert, 16 février 1905. Service de M. Lejars.*

M^me^ M..., 29 ans. Bonne santé et pas de maladies antérieures.

Réglée à 13 ans 1/2 : depuis règles régulières et durant six jours.

Trois accouchements, le dernier en 1903 ; tous normaux ; pas de fausse couche.

Dernières règles au début de décembre ; normales.

Dans le milieu de janvier, une perte légère qui dure deux jours.

Le 6 février. — Perte de sang très abondante avec caillots ; depuis écoulement de sang léger, mais continu.

Dans la nuit du 6 février, douleurs violentes dans l'abdomen; nausées et vomissements abondants. Quelques heures plus tard, la perte de sang apparaît.

Des pertes légères, incolores, ont précédé de quelques heures le début des douleurs. Depuis le début de la crise, quelques légères pertes sanglantes, continues.

Dans toute la partie inférieure de l'abdomén, les douleurs sont très vives et s'exacerbent au moment de la défécation. Pas d'irradiations vers les lombes.

Depuis le commencement, constipation opiniâtre, mais pas de vomissements.

Léger nuage d'albumine dans les urines.

Examen : Abdomen : Masse remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; l'abdomen est augmenté de volume et présente dans sa partie sous-ombilicale une voussure arrondie, surtout développée du côté gauche.

Au toucher : grosse masse arrondie remontant dans le ventre à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et se continuant des deux côtés; grosse masse dans le cul-de-sac postérieur en continuité avec la précédente.

*Diagnostic clinique* : *Hématocèle.*

Laparotomie le 16 février 1905. — Très grosse masse adhérente à l'S iliaque et à l'épiploon. Décortication d'abord à gauche au cours de laquelle se crève une poche ovarienne donnant issue à une *grande quantité de pus* non fétide. Libération d'une grosse masse annexielle gauche. A droite pareille masse qui se rompt également au niveau de l'ovaire. Hystérectomie supra-vaginale avec ablation des annexes. Ablation de l'appendice, qui tient à la poche droite. Surjet de péritonisation et limitation du foyer par des points réunissant le péritoine pariétal à l'S iliaque et aux franges épiploïques. Deux drains et une lamelle.

**Observation XXX.** — *Pyosalpinx diagnostiqué Hématocèle. Service de M. Lejars, 22 décembre 1904 (Inédite).*

Il s'agit d'une femme de 28 ans, qui a eu deux accouchements

normaux : le dernier il y a cinq ans ; elle fit une fausse couche il y a un an.

Elle a été réglée à 18 ans, régulièrement ; ses règles durent sept jours.

Depuis sa fausse couche, la malade a quelques douleurs dans le côté gauche de l'abdomen qui ne l'empêchent du reste pas de travailler. Entre ses règles, elle perd fréquemment en blanc.

Le 3 décembre dernier, elle a ses dernières règles ; elles sont avancées de trois jours, plus abondantes qu'à l'ordinaire, mais pas douloureuses ; au milieu du sang liquide, quelques caillots.

Le 8 décembre, deux jours après la fin de ses règles, la malade est subitement prise de douleurs très violentes dans le côté gauche du bas-ventre. Elle n'a, à ce moment, ni nausées, ni vomissements ; quelques pertes jaunâtres. Ces douleurs irradient vers les reins surtout.

Comme troubles fonctionnels, on note seulement de la constipation.

A l'examen, l'abdomen paraît normal à la vue.

Au toucher, combiné au palper, on trouve un col un peu mou et entr'ouvert. En arrière, on trouve une masse dure, un peu diffuse se prolongeant vers la gauche et ne constituant pas de tuméfactions ni de bosselures séparées. On la retrouve difficilement par le palper abdominal.

*Diagnostic clinique* : *Hématocèle.*

Laparotomie, le 22 décembre 1904. — Utérus rétro-fléchi et adhérent ; à gauche une grosse masse annexielle prolabée, fluctuante, composée d'un gros ovaire, transformée en une *poche purulente*, et *d'un pyosalpinx adhérent* à la face postéro-latérale gauche de l'utérus. Décortication progressive au cours de laquelle du pus s'écoule de l'ovaire. Ablation ; péritonisation ; rien à droite ; réunion.

**Observation XXXI.** — *Pyosalpinx gonorrhéique simulant une grossesse tubaire par H. J. Boldt*, in The N. Y. Obstetrical Society, *12 janvier 1902.*

Le Dr Bolt présente une observation de pyosalpinx gonorrhéique ressemblant à une grossesse tubaire. La malade âgée de 34 ans, mariée depuis quatorze ans, avait eu deux enfants, le dernier il y a deux ans.

Les règles ont toujours été normales. La dernière période menstruelle survint le 14 décembre, mais ne dura qu'un jour et le sang était extrêmement pâle.

Après la cessation des règles, des douleurs apparurent dans la région inguinale gauche ; elles ressemblaient aux douleurs d'un faux travail, avec exacerbations par instants. C'est alors que la malade prit le lit et envoya chercher le médecin. Des nausées survinrent après le repas et la constipation s'installa. A l'examen, l'utérus parut plus mou et plus gros que normalement. Sur le côté gauche au-dessus de la voûte vaginale, on sentit une masse épaisse, arrondie et allongée (sausage-shaped), de consistance molle et très sensible au toucher. Les seins ne présentaient aucun signe de grossesse.

On porta le *diagnostic de grossesse tubaire non rompue* et la malade fut envoyée à l'hôpital, en observation. Quatre jours plus tard, la tumeur était visiblement plus grosse et les deux seins à la pression donnaient quelques gouttes de liquide.

Pendant l'anesthésie, on découvrit une tumeur tubaire, à droite de l'utérus et située dans le bassin, plus haute que la gauche. La présence de cette deuxième tumeur mit alors quelque doute sur le diagnostic porté primitivement.

La laparotomie révéla un *double pyosalpinx* dont le pus révéla la présence du gonocoque.

Au 10e *Congrès de la Société allemande de gynécologie*, tenu à Vürtzbourg en juin 1903, M. H. W.

Freund (1) rapporte deux cas de *tuberculose annexielle* ou *péritonéo-annexielle* qui simulaient absolument la grossesse tubaire. Les voici :

**Observation XXXII.** — *Annexite tuberculeuse simulant une grossesse tubaire, par Freund.*

Il s'agit d'une jeune femme qui, jusqu'à deux mois de l'opération, avait été régulièrement réglée, bien qu'avec douleurs, et avait présenté quelques flueurs blanches. Après un accès modérément douloureux, elle présentait, exactement au moment de la menstruation, les troubles suivants : douleurs terribles dans le bas-ventre, apparues subitement pendant la défécation ; pendant les trois jours qui suivirent, elle eut plusieurs syncopes qui firent craindre pour sa vie. A la suite de cette crise, elle n'eut pas de règles régulières mais un écoulement sanguinolent, brunâtre, qui dura deux mois. Le médecin traitant considéra comme cause de ces troubles une hémorragie interne et constata une *hématocèle rétro-utérine évidente*. Celle-ci se résorba, par le repos au lit et des procédés palliatifs, au bout de six semaines, mais toutefois incomplètement. Je fus appelé à ce moment et constatai un utérus légèrement élevé, un peu augmenté de volume ; dans le cul-de-sac de Douglas, on percevait un épanchement minime. Dans la région des annexes gauches, une tumeur immobile, grosse comme un œuf qui dans sa partie supérieure n'était pas facile à délimiter avec l'utérus adjacent. L'écoulement était du sang fluide et brunâtre. Autant par les anamnestiques que par les résultats typiques du toucher *tout le monde aurait posé le diagnostic de grossesse tubaire*, avortée ou rompue, si la patiente n'avait été une « virgo intacta » avec un hymen particulièrement étroit.

Elle n'avait pas de tares héréditaires ; les organes thoraciques

1. Uber vorgetauschte Extrauterinschwangerschaft.

étaient sains, le ventre plat et même plutôt un peu excavé. *J'arrêtai mon diagnostic sur la tuberculose génitale*, parce que tout autre mode d'infection génitale était à écarter. Je dois dire qu'ici, comme dans d'autres observations, je n'ai pas trouvé dans le fond du bassin et de la cavité abdominale, des nodules comme Alterthùm, Sellheim et d'autres en ont décrit, comme règle générale dans la tuberculose des organes du bassin.

Lors de la laparotomie, je constatai dans la cavité pelvienne une quantité énorme de tubercules miliaires commençant à se caséifier. La tumeur, qu'on sentait à gauche, était une de celles décrites par Kœnig et consistant en annexes soudées avec le péritoine et l'intestin. Le contenu des trompes n'offrait rien d'anormal, c'était un peu de sérosité. La tumeur disparut rapidement et depuis la patiente se porte bien.

**Observation XXXIII.** — *Salpingite probablement tuberculeuse prise pour avortement tubaire avec hématocèle, par Freund.*

Il s'agit d'une femme de 21 ans, petite, à développement retardé et particulièrement souffreteuse. Elle eut deux accouchements normaux, le dernier il y a un an et demi. Les règles reviennent toutes les trois ou quatre semaines avec des douleurs violentes et sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Des pertes de connaissance leur succédaient, mais rien de particulier en dehors de cela. Une dépression profonde, de violentes douleurs dans l'abdomen, des troubles urinaires forcèrent enfin la malade à consulter. Je trouvai alors une tumeur ayant bien le volume d'une tête d'enfant, élastique, qui remplissait le cul-de-sac de Douglas et pouvait donner l'impression d'un épanchement. Elle comprimait d'ailleurs la face postérieure de la vessie ; l'utérus était petit, surélevé, en antéposition ; on sentait les annexes gauches de la façon la plus nette, sous l'aspect d'un cordon, épais de deux doigts, placé au-dessus de l'épan-

chement. En présence de cette situation, des anamnestiques, des signes physiques, et de l'état menaçant de la patiente, la première solution qui s'imposait était celle d'un avortement tubaire avec hématocèle. La colpotomie postérieure renforça en apparence le diagnostic. En effet, une hématocèle volumineuse fut évacuée, et la trompe gauche, avec son ovaire, facilement extirpée. La trompe droite, malade, était fortement augmentée de volume au voisinage du pavillon et complètement remplie de sang ; sur tout le pourtour, d'abondantes adhérences péritonéales ; l'examen microscopique ne montra en aucun point de traces fœtales ; il s'agissait donc bien plutôt d'inflammation chronique avec épaississement de la muqueuse et réplétion considérable des capillaires, si bien que le diagnostic s'arrêta sur *salpingite hémorragique.*

La patiente survécut à l'opération, mais ne se releva cependant point. Dans le cours de l'année suivante, il se développa aux sommets des deux poumons des foyers très nets de *tuberculose*, diagnostiqués pendant un séjour de la malade à la clinique médicale. Mais ce qui me paraît de la plus grosse importance, c'est que *la trompe droite a commencé alors à augmenter de volume, sans qu'aucun signe grave, tel qu'hématocèle ou autre ne soit revenu.* La thérapeutique instituée pour hâter la résoption a été jusqu'ici péniblement tolérée.

Au congrès de Bruxelles de 1892, Pichevin fait un rapport sur la grossesse extra-utérine, dont nous extrayons ce qui suit :

« *Sur huit cas de grossesses tubaires, j'ai pu établir le diagnostic six fois.* Une fois je suis passé à côté de la vérité ; j'avais trouvé une grosse poche salpingienne qui comprimait le rectum. Je n'avais pas pensé à la grossesse extra-utérine. Cette erreur de diagnostic fut fatale à la malade. Un de mes jeunes maîtres fit l'hystérectomie, mais la malade succomba à une hémorragie :

« Dans l'autre cas, que je n'ai pas diagnostiqué, il s'agissait d'une femme atteinte d'un pyosalpinx adhérent avec de grosses lésions péri-utérines. Dans la trompe du côté opposé j'ai trouvé un œuf. »

Pichevin ajouté plus loin : *Si j'ai été assez heureux, c'est que j'ai toujours cherché systématiquement la grossesse extra-utérine.*

On voit donc qu'il est possible de distinguer la salpingite de la grossesse tubaire, puisque sur huit cas Pichevin n'a fait que deux erreurs de diagnostic. Et si nous considérons l'année où cette statistique a été communiquée, nous nous apercevons qu'il y a treize ans écoulés, c'est-à-dire qu'elle remonte à une époque où la grossesse ectopique était beaucoup moins bien connue qu'elle ne l'est aujourd'hui. Nous devons donc en conclure que ce diagnostic peut être fait dans la grande majorité des cas. Quelle est donc l'affection qui n'a jamais été méconnue ? Voyons maintenant quels sont les symptômes qui permettent d'établir ce diagnostic d'une façon certaine.

Dans la grossesse tubaire, les commémoratifs ont une grosse importance : l'arrêt des règles pendant un mois ou deux, ou les modifications de celles-ci, ménorragies ou métrorragies, plus ou moins abondantes, suivies d'un suintement léger et persistant ; le début brusque des douleurs, qui accompagnent ces hémorragies, sont des signes de premier ordre, *qu'on retrouve toujours* et qui indiquent la nature de la tumeur salpingienne, révélée par l'examen physique.

Par contre, la présence de phénomènes infectieux antérieurs, tels que blennorragie, fièvre puerpérale, tuberculose, la présence de la fièvre, la chronicité de

l'affection seront en faveur de la salpingite. (Nous ne parlons ici que de la salpingite à évolution progressive et insidieuse, laissant la forme dramatique de celle-ci à différencier d'avec l'hématocèle cataclysmique).

La douleur, dans les deux cas qui nous occupent, siège au même niveau, dans la région inguinale ; mais tandis que dans la grossesse tubaire, elle est unilatérale, dans le pyosalpinx elle est ordinairement bilatérale et plus intense du côté gauche. Les irradiations de cette douleur sont aussi les mêmes ; cependant les troubles du côté du rectum paraissent plus fréquents et plus intenses dans la grossesse ectopique que dans l'annexite. La douleur en colique, *la colique salpingienne*, procure dans la grossesse un écoulement sanguinolent; dans le pyosalpinx ou l'hydrosalpinx, cette profluence est moins fréquente et au lieu de sang, c'est un liquide clair, aqueux ou purulent que l'on observe. Ajoutons à ces troubles fonctionnels la leucorrhée, qui est pour ainsi dire constante dans la salpingite ; l'expulsion de la caduque, dans la grossesse tubaire est un assez bon signe, mais il est loin d'être constant.

Quant aux symptômes fonctionnels s'ajoutent des signes sympathiques, le diagnostic est singulièrement facilité. Ces phénomènes sympathiques ne s'observent pas souvent au début de la grossesse ectopique ; mais un peu plus tard, lorsque le kyste fœtal a vécu pendant deux ou trois mois, on peut par un interrogatoire précis arriver à retrouver quelques-uns de ces signes, et il n'est même pas rare qu'au moment de l'examen la femme déclare spontanément qu'elle se croyait enceinte. Ces phénomènes sympathiques, qu'on est à même d'observer, sont ceux de la grossesse normale, plus ou

moins intenses dans leurs caractères, en général atténués.

Du côté des seins on peut noter : un certain grossissement, des picotements répétés, la pigmentation de l'aréole, le développement des tubercules de Montgomery, la présence de colostrum.

Du côté du tube digestif : les vomissements faciles et sans cause, la constipation.

Les troubles nerveux sont fréquents dans la grossesse tubaire : ce sont des tendances à la syncope, des lypothymies et surtout du *vertige* (1).

Mais, comme nous le disions plus haut, ces symptômes sympathiques n'existent pas toujours ou ne sont pas toujours très nets. Pour compléter alors le diagnostic, vers lequel ont conduit les signes fonctionnels on aura recours à un examen physique attentif.

Cette tumeur annexielle, d'origine gravidique, que révèle le toucher vaginal combiné au palper abdominal, n'est pas sans présenter quelques caractères un peu spéciaux. M. Lejars lui donne les caractères suivants (2) : « C'est une masse à peu près immobile, intimement accolée à l'utérus et qui semble faire corps avec le cul-de-sac vaginal ; de forme générale arrondie, elle est épaisse, compacte, souvent dure ; ce n'est qu'à la partie toute centrale, semble-t-il, et par une manœuvre du double palper, qu'on y décèle une fluctuation profonde. Un pyosalpinx de pareille grosseur serait autrement fluctuant. »

Le pyosalpinx déforme la trompe d'une façon parti-

1. Symptôme observé fréquemment par M. Doléris dans la grossesse ectopique (Maur, Thèse Paris, 1903).

2. Lejars, *in Gazette des Hôpitaux*, 16 janvier 1902.

culière, que reconnaît ordinairement de suite le clinicien. La tumeur est inégale, présente des flexuosités et des torsions parfois très nettes. Elle est très douloureuse au toucher, surtout si elle est compliquée d'ovarite, comme cela existe le plus souvent. Cette douleur, due à l'ovarite, est tout à fait spéciale ; c'est « une douleur exquise, nauséeuse, à tendances lypothyniques (1). » La grossesse salpingienne est bien moins douloureuse.

Un signe des plus importants est fourni par l'exploration de l'autre trompe. Dans la salpingite, en effet, la bilatéralité des lésions est la règle ; elle est au contraire l'exception dans la grossesse tubaire.

Le volume de l'utérus peut être quelque peu augmenté dans la salpingite, mais cette hypertrophie est toujours moindre que dans le cas de trompe gravide et, de plus, l'utérus présente une consistance bien plus molle quand il y a grossesse. Ajoutons encore qu'ici le col lui-même est ramolli et appliqué sous la symphyse. et que le corps de l'utérus est aussi plus dévié, du côté sain, que cela ne s'observe dans l'annexite.

Tels sont les signes en faveur de l'une ou de l'autre affection et qui permettent un diagnostic précis.

L'hydrosalpinx est parfois difficile à distinguer : mais celui-ci ne survient qu'après une période très nette de salpingite banale, alors que la grossesse tubaire a toujours un *début brusque,* plus ou moins marqué, mais *que l'on retrouve toujours.* De plus, l'hydrosalpinx est beaucoup plus mou, il est parfaitement fluctuant et forme une tumeur plus arrondie et plus régulière. La trompe opposée est fréquemment atteinte.

« D'autres symptômes peuvent exister encore sur

1. Le Dentu et Delbet : Tome X, p. 803.

lesquels nous passerons rapidement, tels sont les signes de métrite, les éjaculations tubaires qui constituent l'*hydrops tubae profluens* de Frorieps.

« En somme, comme pour la salpingite, le diagnostic de l'hydropisie tubaire nous paraît être possible dans la grande majorité des cas (1). » (Ralli)

Quant au diagnostic de l'hématosalpinx vulgaire avec l'hématosalpinx d'origine gravidique, il ne peut se faire cliniquement que par les anamnestiques. Il est évident que quand une femme a présenté « des signes de grossesse au début, puis ceux d'avortement tubaire on pourra attribuer la collection sanguine à la persistance dans la trompe de villosités placentaires » (2).

Mais ces signes précurseurs peuvent manquer ou passer inaperçus et alors la cause de la tumeur annexielle demeure incertaine. On peut du reste porter presque à coup sûr le diagnostic d'avortement tubaire, car 90 fois sur 100 c'est à ce dernier qu'est dû l'hématosalpinx. D'ailleurs cette finesse de diagnostic n'a aucun intérêt pratique, puisque le mode d'intervention est le même dans l'un et l'autre cas » (3).

Avant de terminer ce chapitre, nous voudrions attirer l'attention un instant sur la date, parfois très éloignée, où s'est produit l'avortement ou la rupture tubaire, cause des accidents ultérieurs (4). On a pu

1. Thèse de Paris, 1900,

2. Thèse de Camelot, Paris, 1895.

3. Camelot-Thèse.

4. Nous ne voulons pas parler ici de la tolérance des lithopédions qui peut être extrêmement longue. Ainsi Tarnier, le 23 juillet 1889, présentait à l'Académie un cas de lithopédion, datant de 33 ans, chez une femme vivante et bien portante.

remarquer, par exemple, que dans l'observation XV, l'avortement remontait à trois ans ; dans l'observation XXVI Jonnesco termine en disant : « Ce cas est intéressant, car il s'agit d'une grossesse extra-utérine datant de trois ans, ce qui n'a pas empêché la malade d'avoir trois grossesses utérines suivies toutes trois, du reste, d'avortement. » Au commencement du chapitre II, dans l'observation XXXV, M. Lejars rapporte qu'il a opéré une malade pour rétro-flexion utérine douloureuse, causée par un avortement tubaire remontant aussi à trois ans. Mais la grossesse tubaire peut être méconnue beaucoup plus longtemps, comme dans le cas où M. Reclus est intervenu huit ans après le début des accidents. Voici du reste, cette observation recueillie par M. Launay, alors interne du service.

**Observation XXXIV.** — *Hôpital de la Pitié.* M. Reclus (1). *Hématocèle par rupture d'une trompe gravide ; opération huit ans après l'époque probable de l'avortement tubaire ; existence de villosités choriales dans les caillots.*

Mme F..., 35 ans, présente des antécédents tuberculeux très nets ; elle aurait eu même quelques hémoptysies ; elle ne présente aujourd'hui aucune lésion pulmonaire appréciable.

La malade accuse des douleurs au moment de ses règles, depuis le début de sa menstruation. Elle a eu sept enfants avant l'année 1886. Il y a huit ans, en 1886, la malade perdant du sang depuis quelques jours, est prise subitement de violentes douleurs abdominales qui la forcent à prendre le lit. Ces douleurs sont si violentes que la malade perd connaissance. Il est impossible de savoir s'il y avait eu auparavant interruption

1. *Gaz. des Hôp.*, 28 mars 1895.

des règles. Pendant un an les douleurs persistent en s'atténuant et, pendant quatre mois, de légères métrorragies.

En 1887, la malade devient enceinte et accouche d'un enfant qui meurt en naissant. Elle n'en a plus eu depuis.

De 1887 à 1894, les règles sont toujours très douloureuses, et, entre deux époques menstruelles, fréquemment, surviennent des crises de douleurs violentes accompagnées de légères métrorragies.

En janvier 1894, nouvelle crise douloureuse intense au moment des règles, plus forte que d'ordinaire et, pendant un mois, métrorragies peu abondantes, mais continues. Les douleurs prédominent du côté gauche.

Entre janvier et août, la maladie reprend sa marche antérieure.

En août 1894, au moment des règles, nouvelle crise comme en janvier, après laquelle les métrorragies redeviennent continues et, le 27 septembre, la malade entre dans le service de M. Reclus, à la Pitié.

En septembre, dès son entrée à la Pitié, la malade est prise de nouvelles douleurs que peut à peine calmer la morphine. Cette crise s'accompagne d'un très léger écoulement sanguin; elle dure huit jours et se calme.

L'examen pratiqué alors donne les renseignements suivants : Le palper, très douloureux, dénote l'existence d'une masse dure dans le fond de la région hypogastrique, débordant dans les deux fosses iliaques. Le toucher vaginal montre l'utérus dévié présentant son col à gauche; son corps fixe, immobilisé, reporté à droite et en avant par une masse unie, dure, située derrière lui et débordant des deux côtés.

La malade est laissée au repos pendant le mois d'octobre sans qu'une nouvelle crise se produise. Au commencement de novembre la masse, qui englobe l'utérus, a beaucoup diminué de volume, surtout à droite.

Le 7 novembre 1894, M. Reclus fait une laparotomie et trouve le petit bassin rempli par une tumeur volumineuse, élas-

tique, facile à décoller en avant, mais si adhérente en arrière aux organes environnants, qu'il est impossible de l'en détacher.

L'ouverture de cette tumeur montre une poche à parois épaisses, très vasculaires et contenant des caillots sanguins anciens et tassés comme dans un anévrysme. L'extirpation de la poche étant reconnue impossible, M. Reclus la vide des caillots qui la remplissent, place un mickulicz et referme la cavité abdominale.

Les suites opératoires furent excellentes et la malade sortit quelque temps après, ne ressentant plus aucune douleur.

Parmi les caillots sanguins se trouvait une masse fibrineuse plus dure, plus blanche, plus ancienne et située dans la partie inférieure de la poche, près de l'utérus. L'examen histologique de cette masse, fait par M. Pilliet, a permis d'y déceler la présence de quelques rares villosités placentaires fibreuses, mais reconnaissables, dispersées dans une masse de fibrine coagulée.

Cette malade semble donc avoir eu, en 1886, un avortement tubaire avec une première hémorragie. Les douleurs violentes, syncopales, les métrorragies persistantes et peu abondantes s'y rapportent bien. Y a-t-il eu à ce moment rupture de la trompe, hématocèle ou hématosalpinx seulement ? l'absence d'un examen fait à ce moment nous empêche de savoir. En tout cas l'épanchement paraît avoir été peu important, tout se calme au bout de quatre mois, et la malade, l'année suivante, se trouve de nouveau enceinte; il est vrai que l'enfant meurt dès sa naissance.

Pendant huit ans, tout reste calme, cependant les crises douloureuses et les métrorragies répétées montrent la persistance de la lésion salpingienne. Pendant ce temps, un médecin soigne même la malade pour une métrite; l'épanchement, qui existait lorsque nous vîmes la malade, en septembre 1894, n'a donc pas été reconnu à cette époque, et il était trop net pour passer inaperçu.

Huit ans après la première crise, sans cause appréciable, mais après quelques fatigues, nous a dit la malade, en janvier 1894, un nouvel épanchement se fait, dans le péritoine cette fois préalablement; les douleurs ont en effet été fort vives et les métrorragies durèrent un mois.

Pendant huit mois, deux nouvelles poussées surviennent, qui augmentent peu à peu l'épanchement, et l'hématocèle devient considérable. C'est alors que la malade vient réclamer une intervention.

Pendant ces huit années en dehors de la grossesse de 1887, il n'y eut pas d'arrêt de règles, aucun symptôme de grossesse nouvelle ; il semble donc que c'est bien au même accident, datant de 1886, qu'il faille rattacher les crises ultérieures. Or, en 1894, M. Pilliet put retrouver les villosités choriales atrophiées. Celles-ci enfouies dans les caillots les plus anciens, au fond d'une poche à parois très épaisses, recouvertes par les caillots plus récents, datent probablement d'une grossesse tubaire qui, *avortée en 1886*, a donné naissance à un hématosalpinx, et plus tard à une hématocèle.

Les observations de rupture d'une trompe gravide sont aujourd'hui si nombreuses, tant en France qu'à l'étranger, que nous n'avons pu les passer toutes en revue ; mais nous n'avons pas trouvé dans les ouvrages classiques, dans les thèses récentes, d'observation rapportant *une durée aussi longue de la maladie*

Enfin nous pouvons constater qu'il est encore possible, après plusieurs années, de faire, grâce au microscope, le diagnostic de grossesse tubaire, les villosités placentaires pouvant s'y retrouver.

**En résumé, le diagnostic de cette *forme salpingienne* de la grossesse tubaire est donc très important à établir dès que l'accident se produit. Quand bien même, en effet, on aurait la certitude de n'avoir pas à redouter d'autres complications beaucoup plus graves et**

souvent mortelles en quelques instants, ce diagnostic précoce aurait encore sa grande utilité, car il est bien rare qu'un avortement ou une rupture tubaire se fasse impunément. Il peut bien arriver que, quelques mois après l'accident, l'embryon et l'épanchement sanguin se soient résorbés, qu'il ne reste plus trace de la lésion, mais ce sont des cas peu fréquents sur lesquels il ne faut pas compter et *dont il faut même se méfier*, car ces guérisons spontanées ne sont d'ordinaire que des guérisons apparentes et transitoires.

## CHAPITRE II

La grossesse tubaire peut se présenter sous la forme d'une tumeur pelvienne ou abdominale, plus ou moins grosse, dont le diagnostic est souvent difficile. Est-ce une rétro ou latéroversion d'un utérus, gravide ou non, est-ce un kyste ovarique, un fibrome utérin ? Ne serait-ce pas une grossesse développée dans un utérus bicorne ou *même* dans un utérus normal ? Telles sont les questions qu'on se pose, suivant le cas observé, mais qu'on ne résout pas toujours bien affirmativement. Et en effet, les erreurs de diagnostic sont nombreuses ; nous allons du reste en donner des exemples.

La forme d'avortement ou de rupture tubaire, à laquelle nous avons consacré notre premier chapitre, est si souvent méconnue qu'elle peut dans la suite donner naissance à des adhérences qui fixent l'utérus en position vicieuse, en arrière ordinairement, et produisent la *rétroflexion* ou la *rétroversion*. Nous citerons le cas suivant que M. Lejars (1) a publié déjà l'an passé.

1 M. Lejars : Les fausses couches tubaires. *Sem. Méd.*, 23 nov. 1904.

**Observation XXXV**. — « Tout récemment, j'opérais une malade de 35 ans pour une rétroflexion utérine adhérente et douloureuse : je trouvai effectivement l'utérus rétrofléchi et très adhérent dans le cul-de-sac de Douglas; je le libérai, je décollai les annexes, et, à la partie moyenne de la trompe gauche, je découvris une petite bosselure noirâtre, grosse comme un pois.

La trompe fut enlevée seule : la petite bosselure était un caillot dur, enclavé. Dès lors, l'histoire clinique devint très nette; il y a trois ans, la malade avait eu, disait-elle, une *fausse couche* et tous les accidents dataient de là : *c'était une fausse couche, sans doute, mais une fausse couche tubaire*, qui avait guéri sans complications immédiates, mais en laissant derrière elle ces adhérences douloureuses et cette rétroflexion qui avait commandé l'intervention ultérieure ».

**Observation XXXVI.** — Société d'obstétrique de Londres 1897. (*Résumé de la* Sem. Méd., *1897, p. 275*). *Grossesse tubaire simulant une rétroversion de l'utérus gravide.*

Dans la séance du 7 juillet, MM. A. Giles et E. J. Maclean ont communiqué deux cas de grossesse tubaire ayant provoqué des symptômes de pelvi-péritonite, d'occlusion intestinale et de rétention d'urine qui avaient fait croire à une *rétroversion de l'utérus gravide*. Dans les deux cas, une tentative fut faite, mais sans succès, pour repousser en haut les masses qui se trouvaient en arrière du col utérin.

L'une des malades mourut rapidement. A l'autopsie, on trouva dans la cavité pelvienne un épanchement considérable de lymphe plastique, la *trompe gauche gravide*, logée dans la partie postérieure du bassin et la concavité du sacrum, avait repoussé l'utérus en avant et à droite Le kyste fœtal contenait du liquide amniotique et un embryon bien conformé de 12 centimètres de long.

Pour ce qui concerne la deuxième malade, son état s'amé-

liora sous l'influence du repos au lit, à un tel point qu'il fut possible de pratiquer la laparotomie. Il s'agissait d'une *grossesse tubaire*. Le kyste fœtal remplissait la cavité du bassin en arrière de l'utérus.

Ces faits prouvent, selon MM. Giles et Maclean, que toute tumeur pelvienne, qui chez la femme provoque des symptômes tant soit peu insolites, exige une intervention opératoire aussi prompte que possible.

M. Galabin dit avoir observé plusieurs cas dans lesquels les symptômes simulaient une *rétroversion utérine en état de gestation*. Chez une de ces malades, que l'orateur a eu l'occasion d'examiner avec M. Braxton Hicks, une tentative de réduction fut même pratiquée. Plus tard, on s'aperçut qu'il s'agissait d'une *grossesse tubaire* des suites de laquelle la femme mourut. Actuellement M. Galabin donne ses soins à une malade chez laquelle on avait à réduire une *rétroversion de l'utérus gravide*. Or, l'intervention opératoire a montré qu'on avait affaire à une *grossesse développée entre les feuillets du ligament large* ; le fœtus était de trois mois et demi.

L'erreur réciproque, qui consiste *à prendre pour une grossesse extra-utérine un utérus gravide, en rétroflexion*, est assez fréquente. Cette erreur se produit d'autant plus facilement que l'utérus gravide présente un ramollissement de ses parois, parfois exagéré, à la suite d'un processus pathologique ou cicatriciel. Dans ce cas, le col de l'utérus est pris pour la masse totale de l'utérus et ce que l'on sent en arrière de ce soi-disant utérus est diagnostiqué grossesse ectopique. C'est ainsi que Fabricius prit une *rétroversion de l'utérus gravide pour une grossesse tubaire*. La laparotomie fit constater qu'on était en présence d'une grossesse normale dans laquelle la paroi antérieure de l'utérus, extrêmement

amincie, formait une poche flasque en avant et avait été prise, au palper, pour le fond du corps utérin (1).

Le diagnostic entre la grossesse tubaire et la rétroversion de l'utérus gravide est difficile, parce que plusieurs symptômes, signes de grossesse, douleurs, phénomènes de compression, élévation du col de l'utérus sont communs. Ce ne sera que par le toucher combiné au palper, sous le chloroforme si c'est nécessaire, et après avoir vidé la vessie, que l'on pourra trancher la question. Dans la grossesse ectopique, on finit toujours par trouver deux tumeurs, une petite correspondant à l'utérus lui-même, une plus grosse, au kyste tubaire ; le col utérin est bien plus accessible que dans la rétroversion et se trouve déjeté vers la symphyse. « De plus la rénitence de l'utérus diffère de la fluctuation du kyste fœtal ; enfin le diagnostic s'impose lorsqu'on arrive à réduire cette rétroversion utérine. » (2)

La *latéroflexion de l'utérus gravide* est souvent prise pour une grossesse tubaire. Voici comment Sittner explique l'erreur : « Lorsque le ramollissement n'envahit que le segment inférieur du corps utérin, et qu'en même temps il existe une hypertrophie de la portion supra-vaginale du col, la palpation donne tous les signes d'une grossesse para-utérine. En effet, on sent nettement une tumeur à côté de l'utérus, reliée à celui-ci par un pédicule ; le col hypertrophié semble alors le corps utérin tout entier ; la partie supérieure du corps de l'utérus, qui recèle l'œuf, est prise pour la

1. Sittner. *Deutsche, med Wochenschrift*, 8 oct. 1903 : *Diagnostische verfehlungen auf dem gebiete der extrauteringraviditxt.*

2. Ribemont-Dessaignes et Lepage, p. 882.

tumeur extra-utérine et le segment inférieur ramolli pour son pédicule. La partie supérieure de l'utérus gravide se latérofléchit et fait croire à un kyste fœtal ectopique, comme dans les observations de Segond et de Routier (1). « Damas et Armand, trompés par leur examen, ont fait le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. A l'opération, ils virent que ce qu'ils avaient pris pour l'utérus était une tumeur flasque formée par le ramollissement d'une partie de la paroi antérieure de l'utérus, que le soi-disant kyste fœtal ectopique était le fond d'un utérus gravide de quatre mois, dextro-versé et suspendu au col par un pédicule, le segment inférieur de l'utérus ramolli. Un cas semblable est rapporté par Grauert (Sittner). »

**Observation XXXVII.** — *Fieux, de Bordeaux, Grossesse développée dans un utérus latérofléchi prise pour une grossesse tubaire* (Presse Méd., *21 déc. 1904*).

Il s'agit d'une femme de 22 ans qui, au cours de sa grossesse, présenta des phénomènes qui firent penser à une salpingite. Une hystérométrie pratiquée amena l'expulsion d'un fœtus de 9 centimètres de long.

Ultérieurement surviennent de l'aménorrhée, puis des douleurs expulsives qui amenèrent l'expulsion d'un fragment de caduque, ce qui fit penser à un avortement effectué.

Trois mois après survinrent un suintement vaginal puis, brusquement, une douleur abdominale avec syncope qui firent porter le diagnostic de *grossesse ectopique en voie de rupture*, d'autant plus que le toucher montra un col ramolli et une tumeur séparée de lui par un sillon profond ; une hystérométrie pratiquée fut négative.

1. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1901, p. 113.

La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un *corps utérin gravide*, tombé en *latéroflexion* très accusée. L'utérus ayant été relevé, la grossesse continua jusqu'à terme.

Il y a lieu de relever dans cette observation que l'ovaire contenant les corps jaunes de la grossesse fut enlevé pour cause de petit kyste sans que la grossesse ait été interrompue.

Le diagnostic entre une grossesse tubaire et une *grossesse développée dans un utérus bicorne ou cordiforme* présente des difficultés presque insurmontables. Le plus souvent alors, on fait le diagnostic de grossesse extra-utérine, car elle est bien plus fréquente que l'autre. En voici un exemple :

**Observation XXXVIII**. — *Grossesse développée dans un utérus bicorne prise pour une grossesse tubaire, par Mundé* (1)

Il s'agit d'une femme qui a eu un seul enfant et chez laquelle les règles ont disparu depuis quatre mois ; elle présente une tumeur abdominale grosse comme deux poings et s'étendant en haut sur le côté droit. Sur le côté gauche de la tumeur se projetait une petite masse que l'on pouvait prendre pour le fond de l'utérus, l'hystéromètre pénétrant à gauche dans l'utérus sur une longueur de trois pouces. La tumeur du côté droit était élastique. Mundé fit *le diagnostic de grossesse tubaire* et pratiqua la laparotomie. Une fois le ventre ouvert, l'irrégularité de la tumeur avait disparu et l'on ne pouvait toucher qu'un utérus présentant la forme normale d'un utérus gravide. La sonde introduite à nouveau dans l'utérus donna le même résultat que précédemment. Mundé admit une grossesse interstitielle et procéda à la ponction du liquide amniotique ; ensuite en *éventrant* l'utérus, il vit que sa forme extérieure était normale ; la sonde introduite à ce moment pénétra à

1. *Américc.-Journ. of Obst.*, janvier 1890.

droite jusqu'à l'endroit de la ponction ; *on sentit alors la cloison d'un utérus bicorne.* Mundé remit alors l'utérus en place et ferma le ventre.

La femme avorta pendant la nuit d'un fœtus de quatre mois, puis elle guérit rapidement (1).

Muret, de Lausanne, explique ainsi les difficultés de diagnostic qui se rencontrent dans ces cas : « Lorsqu'il y a une grossesse dans un utérus double, la partie de l'utérus qui n'est pas gravide peut conserver vis-à-vis de l'autre une indépendance très grande comme position et consistance, de sorte qu'on peut alors palper un utérus, qui paraît normal ou peu agrandi », à côté d'un kyste qui ressemble singulièrement à une grossesse tubaire.

« Le diagnostic ne peut souvent être fait qu'à la suite d'une observation prolongée. Lorsque le kyste fœtal, si la grossesse est assez avancée pour le faire reconnaître comme tel, ou lorsque le kyste simple se trouve situé le long du bord latéral de l'utérus et présente avec celui-ci des rapports très intimes, en un mot lorsqu'il n'y a pas de pédicule, il faut toujours songer à la possibilité d'une grossesse dans un utérus double et rechercher par la palpation où se trouve *le ligament rond par rapport à la tumeur;* si le ligament rond se trouve sur le segment externe de celle-ci, il s'agit effectivement d'un utérus double; s'il se trouve entre l'utérus et la tumeur, il s'agit d'une grossesse extra-utérine. Il faut également rechercher l'ovaire correspondant au côté de la tumeur. P. Muller attire l'attention sur l'importance

1. Cette observation est rapportée par Muret : *Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, 1898, p. 947.

de la recherche du ligament rond dans les cas de cette nature, mais il faut reconnaître que le palper ne permet pas toujours de le trouver.

« Un autre signe important, ce sont les contractions au niveau du kyste fœtal et qui parlent toujours, si elles sont bien marquées, par une grossesse utérine (1).

« L'usage de la sonde ne paraît pas justifié, car le cathétérisme utérin donne des résultats insuffisants et erronés, comme dans l'observation de Mundé, ou bien il peut avoir des suites dangereuses.

« Enfin l'absence de troubles pelviens au début de la grossesse est un signe qui a quelque importance et parle plutôt en faveur d'une grossesse dans un utérus double qu'en faveur d'une grossesse extra-utérine.

« Il est à peine nécessaire d'ajouter que ces difficultés de diagnostic n'existent pas lorsque le vagin ou la portion vaginale du col participent à la malformation des organes génitaux. »

Après ces cas de grossesse dans un utérus double, nous dirons quelques mots sur les *grossesses développées dans une corne rudimentaire de l'utérus;* le diagnostic en est au moins aussi difficile. « En présence d'une grossesse développée dans une corne rudimentaire, le diagnostic le plus fréquent est celui de grossesse extra-utérine et nous allons voir combien l'erreur est aisée à commettre. Dans son traité des malformations utérines, Kussmaul signale un certain nombre de cas de grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire qui avaient été prises pour des grossesses tubaires. C'est en effet sous ce titre que parurent les

1. Pozzi.

observations de Pfeffinger et Fritz, Tiedemann et Czitak, Zong et Guntz-drejer, Ngleby, Heylelden et Behse, mais, d'après la description des pièces, après opération ou autopsie, Kussmaul conclut dans ces cas à l'existence de grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire. De nos jours, où la question est mieux connue, les erreurs de diagnostic entre ces deux genres de grossesse sont certes aussi fréquentes (1). »

**Observation XXXIX.** — Johnson (2). *Grossesse dans une corne utérine rudimentaire prise pour une grossesse tubaire.*

Il y a quelques mois, je vis en consultation Mme M..., âgée de 22 ans ; les règles, qui jusqu'alors avaient été régulières, manquaient depuis trois mois. Depuis le moment de leur disparition, elle avait beaucoup souffert dans la région ovarienne gauche. A certains moments, cette douleur devenait très vive et très aiguë et la faisait crier. Je vis cette malade vers midi ; la veille au soir, on avait fait venir un médecin de la famille qui me parle d'une perte sanguine de quelques heures qu'aurait eue la malade ; il n'était rien sorti du vagin. Une grande douleur, aussi violente par instants qu'un coup de couteau, était localisée dans la région ovarienne gauche avec une grande sensibilité à la pression.

La malade était immobile et avait une expression anxieuse. Le pouls était à 120, la température à 101° (Farenheit) ; la malade n'était pas en syncope. On lui donna de l'éther et on introduisit la main dans l'utérus qui était vide. On fit alors le diagnostic de *grossesse extra-utérine* probable.

Quand je vis la femme, les mêmes symptômes existaient. Elle

1. Thèse de Warin, 1899. *Grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo-utérine avant le cinquième mois.*

2. Extr. de la thèse de Warin.

avait perdu un peu durant la nuit et la matinée ; mais, excepté du sang, rien n'était sorti du vagin. Elle était pâle et immobile, et vomissait. L'addomen était descendu et tellement sensible que la palpation ne pouvait donner aucun renseignement. L'examen par le vagin permet de constater un utérus gros avec une grosseur mal définie et sensible partant de la corne gauche.

Le pouls était à 130, la température à 103° (Far.) La malade avait toute sa connaissance ; on dut lui faire une piqûre de morphine pour calmer sa douleur.

A 2 h. 30 l'abdomen fut ouvert ; on trouva un utérus gros avec une *corne gauche augmentée de volume* ; la trompe gauche, près de l'utérus, était aussi augmentée de volume. Avec une curette on peut retirer une certaine quantité de tissu placentaire de la corne gauche. La convalescence survint rapidement et la malade guérit en quatre semaines.

Warin cite encore l'observation suivante :

**Observation XL.** — Hœpel : *Grossesse dans une corne utérine, prise pour une grossesse extra-utérine.*

Il s'agit d'une femme de 31 ans, ordinairement bien réglée et bien portante. A l'examen on recueillait les signes suivants: son ventre est fortement augmenté de volume et présente une tumeur qui va à 6 centimètres à gauche de la ligne médiane.

Le côté droit du bassin et en particulier la région du cul-de-sac, sont occupés par une tumeur qui donne une fluctuation très manifeste. Le col est situé en avant et l'orifice utérin complètement fermé. Les glandes mammaires sont augmentées de volume et, à la pression, laissent écouler un liquide analogue à du lait.

La malade fut *opérée pour une grossesse extra-utérine*. La cavité abdominale fut ouverte par une incision allant de la symphyse à l'ombilic et l'on se trouva en *présence d'une gros-*

*sesse dans une corne utérine rudimentaire.* L'extraction du fœtus fut opérée ; les suites opératoires furent bonnes ; le diagnostic alors posé fut : utérus bicorne à un seu col avec atrésie incomplète de la corne droite gravide.

Il serait facile de donner un plus grand nombre d'observations où il y a eu erreur de diagnostic. C'est que, comme nous le disions tout à l'heure, les symptômes de la grossesse tubaire sont pour ainsi dire les mêmes que ceux de la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. Warin en a fait une analyse sérieuse, nous le résumerons ici :

Dans les deux cas qui nous occupent, les signes fonctionnels de la grossesse normale peuvent exister. Il y a en plus des douleurs dans le bas-ventre survenant surtout à l'époque menstruelle et irradiant vers les lombes, les cuisses, le périnée. L'écoulement sanguin est peut-être moins fréquent dans les grossesses développées dans une corne utérine que dans les grossesses tubaires ; il en est de même pour l'expulsion de la caduque.

Quant aux signes physiques de ces deux affections, ils diffèrent eux-mêmes bien peu les uns des autres :

A côté de l'utérus hypertrophié, on sent une masse latérale droite ou gauche, irrégulière et peu mobile ; dans la grossesse développée dans une corne utérine, la mobilité serait plus grande, pour Landau, que dans la grossesse tubaire, à cause de son long pédicule.

Dans les deux cas, le col est ramolli, mais beaucoup moins que dans une grossesse normale.

En évoluant, ces deux sortes de grossesses finissent le plus souvent par la rupture et le tableau clinique

est encore le même dans les deux cas ; c'est celui de l'hématocèle. « Aucun signe différentiel ne peut être invoqué pour faire une distinction entre les origines possibles de cette rupture. Suivant Wilkins et Landau, la rupture se produirait plus tôt dans la grossesse tubaire que dans la grossesse dans une corne rudimentaire. »

Si le diagnostic différentiel ne peut être fait dans la majorité des cas, cela n'aurait aucune importance, car le traitement dans ces deux affections est le même, c'est la laparotomie. Toute grossesse ectopique ne commande-t-elle pas l'intervention ?

Si, dans les dernières formes de grossesse que nous venons de signaler, l'erreur de diagnostic est habituelle et très explicable, il n'en paraît pas être de même des erreurs de diagnostic *entre la grossesse tubaire* et la *grossesse normale*. Et cependant les observations qui relatent ces fautes de clinique sont assez nombreuses. Comment donc expliquer ces erreurs ? Sittner a rapporté certains faits curieux : « Dans certains cas, la trompe gravide recouvre l'utérus, l'encadre et le comprime et fait penser à un utérus gravide. Le col se continue avec la masse au-dessus de lui ; il n'y a pas de tumeur juxta-utérine et l'illusion est quelquefois si complète qu'un bon diagnostic est impossible. Jayle parle d'un cas dans lequel au cinquième mois de la grossesse, une opération fut faite pour réséquer l'appendice ; la trompe gravide recouvrait l'utérus et lui adhérait si intimement que, même le ventre ouvert, on prit encore cette masse pour un utérus gravide normal. Bouffe de Saint-Blaise, Grandin, Schauta, Wilson firent de semblables erreurs. »

**Observation XLI.** - M. Lejars (1). *Grossesse tubaire à terme avec enfant mort (prise pour grossesse normale). Ablation en masse..*

« Je désire présenter à la Société, en commun avec mon collègue et ami le Dr Boissard, la pièce que voici : il s'agit d'une grossesse tubaire très avancée, qui contenait un enfant mort, presque à terme, et qui a pu être enlevée d'un bloc, sans difficulté. L'histoire de la malade est, du reste, fort curieuse.

Cette femme a 35 ans; elle est un peu maigre et l'on trouve dans son passé une pleurésie gauche remontant à trois ans. Elle n'a pas d'ailleurs d'autres antécédents morbides et paraît, en somme, de santé générale assez bonne.

Réglée à 15 ou 16 ans (elle ne sait pas au juste) toujours bien réglée, elle a été déjà six fois enceinte; deux avortements normaux ont eu lieu en 1889 et 1891; une fausse couche de deux mois et demi en 1892; un troisième accouchement à terme en 1896, enfin après une fausse couche de trois mois, en 1898, un dernier accouchement en 1900. Elle ne paraît pas avoir eu aucun accident pelvien et ne souffrait pas du ventre.

Fin décembre 1903, les règles se montrent après six semaines de retard; elles se prolongent six semaines, puis la perte cesse et la menstruation est complètement supprimée dans les mois qui suivent, c'est-à-dire depuis la mi-février jusqu'au moment où nous observons la malade.

Elle se croit enceinte; du reste son ventre grossit régulièrement, ses seins « montent »; elle n'a pas de vomissements, mais des crampes d'estomac revenant par crises et très violentes. Elle sent remuer, son médecin confirme l'hypothèse, et, jusqu'en septembre, tout se passe comme une grossesse régulière. A la fin de septembre, le globe utérin dépasse notablement l'ombilic, mais un autre médecin ayant examiné la malade n'entend pas les bruits du cœur et conclut à la mort de l'enfant.

1. M. Lejars. *Bull. de Soc. de Chir.*, 29 nov. 1904.

Ajoutons qu'aucun incident ne s'est produit; il n'y a eu ni douleur, ni aucune réaction abdominale; la femme a remarqué seulement que rien ne remuait plus.

Elle est envoyée dans ces conditions à la maternité de l'hôpital Tenon, avec le *diagnostic de grossesse utérine à terme* ou voisine du terme et enfant mort.

M. Boissard l'examine, reconnaît tous les signes d'une grossesse à part les bruits du cœur fœtal, et, pour compléter l'exploration, applique le ballon de Champetier et donne le chloroforme. Il pénètre alors dans une grande cavité répondant à la place du ballon ; au-dessus il sent une masse assez dure, compacte, régulière, ne ressemblant en rien à un fœtus mort et macéré, et qui paraît adhérer fortement à la paroi antérieure de l'utérus. La malade perd quelques gouttes de sang à la suite de ce toucher, mais elle ne perd pas d'eau et aucune contraction utérine ne se montre.

Ce fut alors que mon collègue voulut bien me montrer cette femme et l'examiner de nouveau avec moi. Le ventre est proéminent, régulièrement ovoïde, occupé par une volumineuse tumeur ayant toutes les apparences d'un utérus gravide, à terme, et qui remonte à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est exactement médiane et se prolonge des deux côtés jusqu'à la limite du flanc; elle est régulière, lisse, tendue, donne une sensation de flot par la pression transversale et paraît contenir beaucoup de liquide. Elle semble, de plus, mobile et se laisse déplacer, dans le sens transversal, autant que le permet son volume et la distension du ventre.

Le diagnostic ne laissait pas que d'être hésitant; l'hypothèse d'une *grossesse normale avec hydramnios et enfant mort* semblait encore la plus probable. J'ajoute que pour ma part je m'attendais un peu à une surprise, et que, devant la parfaite indolence, la mobilité, la régularité, la tension, la fluctuation de cette masse je n'eus pas été autrement étonné de trouver un *kyste de l'ovaire.*

Ce fut tout autre chose que nous découvrîmes, au cours de la laparotomie pratiquée le 15 octobre dernier. Le ventre ouvert, une grosse poche grisâtre et lisse se montra, très légèrement adhérente à l'épiploon et au méso côlon descendant: elle fut libérée sans la moindre peine, et d'abord ponctionnée. Il s'écoula un litre et demi environ d'un liquide chocolat. Il fut alors possible, après avoir quelque peu prolongé l'incision en haut, d'extraire la poche, et l'on reconnut qu'elle dépendait des annexes gauches, et que l'utérus, d'ailleurs de volume moyen, était refoulé derrière le pubis, au-dessous et en avant d'elle. On sentait dès lors manifestement le corps du fœtus à travers la paroi affaissée du sac et le *diagnostic de grossesse tubaire n'était plus douteux*. La masse fut enlevée comme une poche salpingienne quelconque, en sectionnant le ligament large, et, après la ligature des vaisseaux sur la tranche, en le péritonisant. A droite, l'ovaire était sain, la trompe fermée au niveau du pavillon, dont les franges étaient rétractées et adhérentes. On incisa le pavillon, qui fut fixé sur l'ovaire par quelques points de fin catgut. Enfin la paroi abdominale fut réunie, après qu'on eut laissé un petit drain en verre.

Les suites de l'opération ont été toutes simples, et l'opérée a quitté notre service, guérie, à la mi-novembre.

Il est aisé de vérifier sur la pièce que le sac est continu dans toute son étendue, qu'il ne porte pas la moindre trace de déchirures ni d'érosion, qu'il est partout d'une assez notable résistance et d'une épaisseur de 4 à 5 millimètres. Sur le côté droit, on remarquera un cordonnet, qui n'est autre que la portion originelle, utérine, de la trompe : on voit d'ailleurs sa section correspondant à celle du ligament large; à l'autre extrémité, il se perd dans la poche qui en représente une énorme dilatation. J'ajoute que cette poche a été examinée histologiquement par mon interne, M. Magitot, et qu'elle est composée en majeure partie de fibres lisses. Quant à l'ovaire, il est malaisément reconnaissable et semble aplati et étalé sur un des points du

sac. Le fœtus a les dimensions et l'aspect d'un enfant de plus de 7 mois ; on voit de plus un placenta tout normal et adhérent sur toute sa surface sacculaire.

J'exprimerai d'abord un regret, c'est que le diagnostic n'ait pu être fait plus tôt, car il est certain que nous aurions eu un enfant viable. A l'époque où la malade nous est arrivée, il était réellement bien malaisé de reconnaître la nature exacte de cette grosse tumeur; on n'aurait pu y réussir que si l'on était parvenu à déterminer exactement la situation et le volume de l'utérus; mais j'ai dit plus haut quel avait été le résultat déconcertant de l'examen sans chloroforme, après application du ballon de Champetier. Ce qui contribuait à obscurcir l'interprétation clinique, c'était l'absence de tout accident, de toute douleur, de toute réaction abdominale ; rien n'avait signalé la mort du fœtus et la disparition des battements du cœur et des mouvements actifs l'avait seule révélée, pour ainsi dire fortuitement. Je tiens à insister sur cette évolution singulière et sur un autre point, à savoir que le sac, malgré son développement considérable, était exclusivement tubaire. C'est à cette condition que nous avons dû de pouvoir enlever la tumeur, à peine adhérente, en bloc, comme un kyste de l'ovaire.

**Observation XLII.** — Thèse de Paquy, p. 35. — *Grossesse extra-utérine non diagnostiquée. Ouverture spontanée du kyste dans le cul-de-sac vésico-vaginal. Extraction d'un fœtus putrifié. Rupture du kyste dans la cavité abdominale. Laparotomie. Hystérectomie abdominale. Mort.*

Femme P..., 32 ans, domestique.

*Antécédents héréditaires.* — Rien de particulier.

*Antécédents personnels.* — A marché vers 18 mois ou 2 ans. Réglée à 16 ans, toujours régulièrement depuis.

*Antécédents pathologiques.* — Nuls.

Grossesses et accouchements antérieurs : VI[e] pare.

1°) 20 janvier 1884, à terme, forceps, fille, morte pendant l'extraction.

2°) 4 novembre 1885, à terme, forceps, fille, morte pendant l'extraction.

3°) 1er janvier 1889, à terme, forceps, garçon, mort pendant l'extraction.

4°) 28 décembre 1890, à terme, cianiotomie, garçon, mort pendant l'extraction.

5°) 2 septembre 1894, à Baudelocque, accouchement spontané à 8 mois 1/2, enfant vivant du poids de 2600 grammes. Fille élevée au sein maternel, morte à 13 mois 1/2 de méningite.

Grossesse actuelle. Entre à Baudelocque, le 18 septembre 1896. Dernières règles le 20 décembre 1895. Apparition des mouvements actifs, fin avril 1895. Hauteur de l'utérus, 31 centimètres. Rien d'anormal pendant la durée de la grossesse.

Examen : Incurvation assez prononcée des fémurs et des tibias. Tension des parois moyenne. Tête en bas, dos à gauche. Bruits du cœur à gauche au-dessous de l'ombilic.

Toucher, Pas d'engagement. Bassin vicié : diamètre P. S. P. 91 millimètres. Col utérin déchiqueté, ramolli, la lèvre antérieure n'existe plus.

Le 12 octobre. La malade, qui depuis la veille n'a pas senti remuer son enfant, entre à la salle de travail, à 1 heure du matin. Elle a quelques douleurs. A l'auscultation, pas de bruits du cœur, pas de modification du col, tête très élevée. Elle perd du sang en petite quantité. Pendant la nuit il survient quelques petites contractions qui cessent le matin.

La température reste normale le 12. Le 13 au soir elle atteint 38°,1. Injection de 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Le 14 au soir de nouveau 38°. Le 15 montée laiteuse. Depuis ce temps la malade ressent des douleurs fréquentes surtout à la partie supérieure du ventre. Elle ne perd rien.

Le 29 octobre, à 6 heures du soir, violente céphalalgie,

T. 38°,2, écoulement par la vulve d'un liquide fétide et noirâtre ; col ayant toute sa longueur. Le ventre est d'une sensibilité extrême. Injections vaginales.

Le 30, cet écoulement est de plus en plus fétide. A 3 heures du soir en pratiquant le toucher, M. Bouffe de Saint-Blaise sent dans le vagin des membranes, qui sortent par un orifice limité, en bas par quelques bourgeons du col, en haut par une paroi qu'il est impossible de délimiter par le toucher. Il introduit dans cet orifice un ballon de Champetier de moyen volume. Il ne sent aucune partie fœtale, le ventre est dur, dans un état de contraction habituelle et mesure 29 centimètres de haut. Il est douloureux surtout au voisinage de l'ombilic. Le ballon ne provoque aucune contraction ; il crève à minuit ; on introduit le grand modèle, qui ne provoque non plus aucune contraction.

Le 31, à 9 heures du matin, le ballon est légèrement engagé dans l'orifice du ventre et augmenté de volume, il est très douloureux ; au voisinage de l'ombilic, un peu de crépitation neigeuse.

A 10 h. 3/4 sous le chloroforme, on dilate l'orifice, en tirant sur le ballon, il sort. On introduit la main et, au moyen des pinces à morcellement, on extrait petit à petit le fœtus.

On introduit alors la main pour pratiquer la délivrance artificielle, on constate l'existence d'une poche énorme à parois très minces se prolongeant jusque dans les fausses côtes. A la partie supérieure M. Bouffe croit sentir l'intestin. On extrait rapidement le placenta. On pratique immédiatement la laparotomie. Sur le péritoine membrane de plusieurs centimètres d'épaisseur, impossible à décoller, on l'incise et on aperçoit l'utérus en arrière d'une ouverture située dans le cul-de-sac vésico-utérin et immédiatement en avant de lui. Hystérectomie après ligature des pédicules annexiels. L'utérus extrait a le volume d'une orange. Il faut donc admettre qu'il existait une grossesse abdominale et que le kyste fœtal s'est ouvert entre la

vessie et le col utérin. Suture du péritoine au-dessus de l'ouverture vaginale.

L'opérée meurt le 1er novembre à 8 h. 20 du matin.

Autopsie, le 2 novembre. — A l'ouverture du ventre on constate que le sac fœtal est limité de toutes parts par une paroi de 3 centimètres d'épaisseur, limité en bas par les fosses iliaques et l'aine du détroit supérieur. En haut cette poche perforée à gauche est adhérente à l'intestin grêle.

L'utérus a été enlevé avec ses annexes. La trompe gauche est intacte. A droite il *n'existe que les deux tiers internes de la trompe*. L'ovaire contenait un corps jaune. Il s'agissait ici d'une *grossesse développée dans le tiers externe de la trompe*.

**Observation XLIII.** — Bouchacourt et Thoyer-Rozat (1). — *Présentation d'une malade atteinte de grossesse extra-utérine, chez laquelle le fœtus est mort au terme de la grossesse et qui a présenté un faux travail.*

Les auteurs présentent une femme qui, après avoir présenté des phénomènes très nets de grossesse, et du travail au terme de celle-ci, a vu tous ses symptômes s'amender.

Actuellement cette malade a dans le ventre une masse volumineuse et dure qui est probablement un lithopédion (Soc. d'Obst. de Paris, 19 avril 1900).

Après quatre ans de calme, pendant lesquels la malade avait repris son existence normale, des douleurs abdominales très vives survinrent brusquement le 1er août 1903. Le 15 août, elle rentre à la clinique Tarnier et le 3 septembre elle est opérée par MM. Demelin, Brindeau et Bouchacourt. Extraction *du fœtus extra-utérin*, marsupialisation de la poche. La malade quitte le service en parfait état le 6 novembre 1903 (2).

1. *Presse Méd.*, 9 mai 1900.

2. Cette observation a été publiée tout au long dans l'*Obstétrique*, nov. 1903, par MM. Demelin et Bouchacourt.

Il peut également arriver que ce soit la grossesse utérine qui soit méconnue et diagnostiquée alors grossesse tubaire. Nous en avons déjà donné plusieurs observations (XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL), mais dans ces cas la grossesse était *ectopique, sinon extra-utérine*. Voici maintenant une observation, due à l'obligeance de M. Lejars, où une grossesse utérine *normale* fut prise pour une grossesse tubaire.

**Observation XLIV**. — *Grossesse normale prise pendant longtemps pour une grossesse tubaire. Observation inédite de M. Lejars.*

Mme A..., institutrice, m'est adressée, en 1903, par le Dr Dureau (de Senlis), pour des désordres pelviens remontant à deux mois. C'est une femme jeune et assez vigoureuse, mariée depuis plus de dix ans et n'ayant jamais eu, depuis lors, la moindre ébauche de grossesse. Assez bien réglée, quoique perdant toujours très peu ; elle n'a « rien vu », dit-elle, aux deux dernières époques, ou, du moins, quelques « taches » seulement ; cette particularité ne l'a, d'ailleurs, nullement surprise, car, plusieurs fois déjà, elle a eu des règles extrêmement pauvres ; elle a simplement attribué le fait à un état de fatigue dont elle se ressent depuis quelques mois.

Cette fatigue, qui lui rend pénibles ses occupations ordinaires, se combine à une sensation de lourdeur et, parfois, à une douleur sourde dans le bassin. L'examen a révélé à notre très distingué confrère l'existence d'une tumeur fluctuante, arrondie, occupant le cul-de-sac gauche, et qui paraît bien isolée de l'utérus ; de plus il a constaté, au cours de deux explorations pratiquées à plusieurs semaines d'intervalle, que cette tumeur grossissait très sensiblement.

Les résultats de mon premier examen furent tous semblables le col était petit et dur ; par le palper sus-pubien on retrouvait

assez nettement le fond de l'utérus qui ne paraissait nullement augmenté de volume et dont la consistance était normale ; il était de plus en position régulière et nullement basculé en avant. Dans le cul-de-sac gauche, on délimitait une tumeur, grosse à peu près comme un citron, généralement arrondie, molle, sinon fluctuante, peu mobile toutefois, et qui était entièrement, d'après les renseignements fournis par le toucher, para-utérine. J'ajoute encore que les seins ne présentaient aucune modification.

Que fallait-il admettre ? Un kyste ovarien en voie d'accroissement ? Peut-être ; il y avait lieu, néanmoins, de ne pas oublier que la malade n'avait jamais souffert du ventre, avant les tout derniers temps, et de tenir compte, chez une femme jeune, de cette suppression menstruelle des deux derniers mois. Aussi je ne crus pas devoir repousser l'idée de grossesse, mais la situation toute latérale de la tumeur, qui était, en réalité, des plus frappantes, me fit émettre l'*hypothèse d'une grossesse extra-utérine, tubaire*, en évolution, hypothèse qui cadrait bien avec cette rapide augmentation de volume qui nous était signalée.

Malgré cela, ma religion n'était pas assez bien assise pour que je me croie autorisé à proposer tout de suite l'intervention nécessaire avant le quatrième mois s'il s'agissait de grossesse tubaire ; et, la malade pouvant être surveillée de près, je lui conseillai le repos le plus complet et je demandai à la revoir un mois après.

La suppression menstruelle persista. A mon second examen au bout d'un mois, je trouvai la tumeur nettement amplifiée, bien que toujours latérale ; je n'arrivais pas à la soulever ni à la mobiliser ; le col était un peu moins dur. Je ne fis plus aucune réserve à admettre une grossesse, mais quelques doutes subsistèrent encore sur le siège exact de cette grossesse.

Ces doutes s'évanouirent, cinq semaines plus tard, à une troisième visite. Cette fois, la tumeur, toujours plus développée et

tout en restant inclinée à gauche, s'était relevée : elle était devenue largement accessible par le ventre, et l'on reconnaissait sans difficulté sa continuité avec l'utérus. *C'était une grossesse normale, qui, du reste, poursuivit son cours de la façon la plus régulière, et se termina par un accouchement à terme.*

Nous avions eu affaire, suivant toute vraisemblance, à une *latéro-version gauche de l'utérus*, et ainsi s'expliquait nettement cette épaisseur de tumeur toute latérale et para-utérine mais les conditions dans lesquelles se présentait le diagnostic, au début, étaient de nature à faire naître des hésitations réellement justifiées et à rendre assez vraisemblable l'hypothèse d'une grossesse tubaire.

**Observation XLV.** — *Utérus gravide avec fœtus mort diagnostiqué hématocèle. Service de M. Lejars, 17 février 1902 (Inédite).*

M^me^ L..., entrée le 17 février 1902, a une bonne santé apparente. Réglée à 17 ans, pas très régulièrement ; les règles, peu abondantes avant son mariage, durent depuis beaucoup plus longtemps, parfois quinze jours.

Cinq accouchements normaux, pas de fausse couche.

La malade souffre depuis longtemps, deux ans environ, dans tout le ventre et dans les reins. Ces douleurs légères disparaissent rapidement par le repos. Elle perd en blanc très souvent au moment des règles.

Le 25 janvier, *les dernières règles ont apparu, mais le soir même elles se sont arrêtées* ; quelques jours après *un écoulement sanguin leur a succédé*, et aux derniers du mois, elle a perdu, pendant quarante-huit heures, de *gros caillots de sang*. Les douleurs dans le bas-ventre n'avaient aucun caractère précis.

La malade accuse des troubles digestifs fréquents avec nausées et vomissements ; *vertige*, céphalalgie. Et ces symp-

tômes se sont augmentés au moment même où elle a perdu les gros caillots de sang ; il y eut même alors un certain mouvement fébrile.

A l'examen, on trouve un col gros, long, abaissé. En arrière, voussure demi-circulaire presque dure, arrondie, remplissant le cul-de-sac postérieur et s'étendant d'un côté à l'autre se retrouvant dans le palper hypogastrique à peu près à la hauteur de la symphyse. Rien de latéral, le corps de l'utérus paraît de volume moyen.

Diagnostic clinique : *Hématocèle rétro-utérine.*

Laparotomie, le 22 février 1902. — Gros utérus surtout développé au niveau de la face postérieure unie, sans qu'on n'y sente aucune partie isolée. En arrière de l'utérus et autour des annexes, brides de pelvi-péritonite ancienne que l'on rompt avec le doigt, en libérant les annexes. Réunion. On pense à la probabilité d'*utérus gravide avec fœtus mort.*

Dans une observation de Coë, citée par M. Pozzi (1), les exagérations d'une femme hystérique furent cause qu'on prit une grossesse normale pour une grossesse tubaire :

**Observation XLVI.** — Il s'agissait d'une femme présentant tous les signes de grossesse, mais *accusant de telles douleurs* qu'on crut devoir conclure que la grossesse était ectopique. La laparotomie, qui fut suivie d'avortement, montra que la gestation datant de trois mois était parfaitement normale et un interrogatoire ultérieur fit tardivement reconnaître que la malade plus ou moins hystérique avait considérablement exagéré ses sensations.

Comment donc reconnaître dans les cas difficiles, une

1. Pozzi. In *Traité de gynécologie.*

grossesse tubaire d'une grossesse normale ? La grossesse ectopique par ses seuls signes physiques bien établis peut se différencier de la grossesse utérine. Mais ce qui est extrêmement important, ce sont *les commémoratifs, sur lesquels on doit longuement insister : car ces phénomènes du début de la grossesse tubaire sont caractéristiques.* Nous ne les rappellerons pas ici, nous les avons déjà plusieurs fois cités et nous y insisterons dans la deuxième partie de notre travail. L'aspect extérieur du ventre pourra à lui seul, dans certains cas, indiquer une grossesse à développement anormal. Au toucher, combiné au palper, on sentira deux tumeurs, l'une, l'utérus se continuant en bas avec le col, l'autre latérale, plus volumineuse et presque immobile. Le col est beaucoup plus mou dans la grossesse normale et le signe d'Hégar, ramollissement de l'isthme, n'existerait pas dans la grossesse extra-utérine (Longyear). Si l'utérus était gravide et l'enfant vivant, on sentirait, au moment de l'examen, des contractions nettes de cet organe ; enfin, dans les cas de doute, on pratiquera le *toucher intra-utérin* pour s'assurer de la vacuité de l'utérus. « Il faut insister auprès des malades sur la nécessité absolue d'examens répétés à intervalles plus ou moins longs, car, les signes différentiels s'accusent davantage : en se rappelant les sensations perçues aux précédents examens et en rapprochant celles que l'on perçoit au nouveau, on a une grande chance de poser un diagnostic exact » (1). Comme le prouve l'observation (XLIV) de M. Lejars.

Nous trouvons dans une autre observation de notre

1. Ralli, *Thèse*.

maître, M. Lejars, une erreur de diagnostic très curieuse.

Une femme se présente, très amaigrie, et d'aspec cachectique ; elle perd du sang ; on trouve une ulcération dure et d'apparence suspecte sur l'induration du col, et, autour de l'utérus, une sorte d'infiltration mal délimitée ; l'examen du sang est en faveur de l'hypothèse néoplasique : on pense à un épithélioma du col, compliquée d'annexite : à la laparotomie on découvre une grossesse tubaire rompue.

Voici l'observation en détail :

**Observation XLVII.** — *Hématocèle par rupture tubaire gauche diagnostiquée cancer du col.* Service de M. Lejars, 5 février 1903 (Inédite).

Mme C... âgée de 32 ans, réglée à 16 ans, a eu cinq accouchements normaux, pas de fausse couche ; c'est une femme très pâle, maigre, au teint cachectique.

Elle a ses dernières règles le 9 janvier, qui parurent normales. Le 23 janvier, *apparition subite d'un écoulement sanguin* peu abondant avec *douleurs abdominales vives* ; elles ont leur maximum dans l'hypochondre gauche, surtout à sa partie la plus inférieure. Ces douleurs sont spontanées, mais passagères ; la palpation les réveille. Elles irradient dans le membre inférieur gauche, dans les lombes et les épaules.

Au moment de cette petite crise, la malade s'est sentie un peu faible, a eu quelques bourdonnements d'oreille et des nausées. Aujourd'hui, les pertes rouges sont presque arrêtées, mais il persiste cependant un *léger écoulement journalier.* Depuis une huitaine, les pertes blanches, autrefois abondantes, ont disparu.

La malade est très constipée et a une céphalée presque constante. Au cœur, palpitations et léger bruit de galop.

A l'examen : col dur, avec à droite et en bas un point douloureux de consistance plus molle. Utérus un peu gros, légèrement adhérent ; cul-de-sac latéral droit douloureux.

Au spéculum, on voit à la partie inférieure et droite du col une *surface sanguinolente de la grandeur d'une pièce de 2 francs, s'engageant dans la lumière du col.*

Sous le chloroforme, on sent tout autour de l'utérus un épaississement mal délimité, mais donnant l'impression d'une annexite concomitante.

Diagnostic clinique : *Épithélioma du col.*

La numération des globules qui a été faite donne: hématies: 3.960.000 ; leucocytes : 9.600 ; Polynucléaires ; 77/100.

Laparotomie, le 5 février 1903. — Sang noir, en caillots, dans une poche tubaire gauche, ouverte partiellement, mais sans suintement rouge actuel. Ablation des annexes. Rien à droite. *Utérus petit, très mobile, de consistance normale.* Réunion avec drain.

Tous les signes, décrits dans cette observation, conviennent parfaitement à un cancer du col : métrorragies, douleurs locales et douleurs réflexes, affaiblissement général, induration du col et ulcération sanguinolente, formule hémo-leucocytaire. Cependant, dans le cas présent, deux symptômes, rapprochés l'un de l'autre, auraient pu faire soupçonner la grossesse tubaire et rejeter l'épithélioma ; ces signes sont : 1° la crise du 23 janvier, quinze jours après la dernière période menstruelle, crise assez nette de rupture tubaire, puisqu'on retrouve tous les caractères essentiels : douleur brusque, hémorragie suivie d'écoulement léger et quotidien, phénomènes généraux tels que : faiblesse subite, bourdonnements d'oreille, nausées ; 2° l'examen sous chloroforme a fait constater

« tout autour de l'utérus un épaississement mal délimité » qui avait fait penser à une annexite concomitante.

Revenons maintenant aux véritables tumeurs du pelvis ou de l'abdomen qui font méconnaître la grossesse tubaire. Parmi celles-ci, deux nous retiendront quelques instants ; ce sont le fibrome de l'utérus et le kyste de l'ovaire.

Sittner (1) rapporte que Martin, de Berlin, opéra une malade et trouva une grossesse tubaire avec enfant vivant de sept mois, qui avait été prise pour un myome sous-séreux. Voici d'autres observations où la même erreur est relatée :

**Observation XLVIII.** — Chevalier et Picqué. (*Soc. de Chir.*, n° *30*, *1902*). *Grossesse tubaire de cinq mois prise au début pour un fibrome utérin.*

Femme de 36 ans, multipare, entrée à Necker le 1er août 1899, avec un retard de règles depuis le 23 juin et des pertes depuis le 28 juin. Elle se croit enceinte. A l'examen, ventre ballonné, sensible dans la fosse iliaque droite. L'utérus est gros, surmonté à droite d'une tumeur qui semble faire corps avec lui. Au début, M. Chevalier pense à un *fibrome utérin*, *mais une syncope survenue* le 24 août fait admettre le diagnostic de *grossesse extra-utérine rompue*. Le 29 août, laparotomie médiane, le péritoine est rempli de sang, extirpation de la trompe droite, qui est le siège de la grossesse ectopique. Ablation d'un fœtus de cinq mois et du placenta. Guérison après une crise de néphrite aiguë.

1. Sittner, *loc. cit.*

**Observation LIX.** — Delaunay. (*Soc. Anat., mars 1895*) (1). *Grossesse tubaire diagnostiquée fibrome du fond de l'utérus.*

Mme C..., 31 ans, entre à l'hôpital Péan le 3 mars 1895. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 12 ans, toujours bien, pas de grossesse, pas de fausse couche. Dès 24 ans, douleurs dans le bas-ventre qui s'exagéraient au moment des règles et ont persisté depuis ; il y a sept ans métrorragie abondante pendant dix jours ; il y a deux mois, nouvelle métrorragie qui n'avait cessé que depuis huit jours.

Col petit dévié à gauche. Dans le cul-de-sac gauche et au niveau de la corne utérine, tumeur qui semble se continuer avec l'utérus, mobile avec lui ; utérus hypertrophié, à droite tumeur mobile, du volume d'une noix, lisse, arrondie, rénitente qui paraît être l'ovaire kystique.

Diagnostic : *Fibrome du fond de l'utérus.*

Hystérectomie le 7 mars. Morcellement de l'utérus, dont le fond très adhérent est libéré et enlevé. On constate alors qu'il n'y a pas de fibrome, mais, dans la profondeur on voit une tumeur du volume d'un œuf très adhérente à l'épiploon ; on l'enlève et on constate qu'elle est formée par la trompe dilatée dans son tiers moyen.

On enlève également des annexes du côté opposé. Guérison.

La trompe gauche contient un gros caillot sanguin, entouré d'une sorte d'enveloppe. L'orifice interne est oblitéré. Le pavillon est libre et l'ovaire ne présente que quelques petits kystes séreux à sa surface. L'ovaire droit présente un gros kyste sanguin ; la trompe paraît saine. L'examen histologique pratiqué par M. Brault a montré qu'il s'agissait d'une *grossesse tubaire.*

**Observation L.** — Duhrssen (2). *Grossesse tubaire prise pour fibrome.* Il s'agit d'une femme qui accoucha normalement

1. Thèse de Camelot, p. 155.

2. Dührssen. *Archiv. für Gynækol.*, XLIV, 1. 1893.

le 2 novembre 1892 et qui, peu après, fut atteinte d'une métrorragie rebelle à tout traitement. Croyant à l'existence d'une *tumeur fibreuse*, je fis la laparotomie et reconnus alors qu'il s'agissait d'un *hématome consécutif à une grossesse tubaire.* La trompe droite était gravide. L'extirpation de l'utérus se fit facilement et la malade guérit. (*Sem. méd.*, 1893, p. 215).

Dans d'autres cas, lorsqu'il existe des signes de grossesse, on pense à une grossesse normale, compliquée de fibrome, alors qu'il s'agit tout simplement d'une grossesse ectopique. Sittner en rapporte un cas : « Des phénomènes péritonitiques, qui se produisirent dans une grossesse extra-utérine de huit mois, furent attribués par Herff à la torsion d'un myome, tandis que le kyste fœtal lui-même fut pris pour l'utérus gravide. » Paquy dans sa thèse (obs. V) cite aussi un cas semblable.

« Les corps fibreux de l'utérus sont difficiles en effet à différencier. « Véritablement protéiques par leurs formes, les fibromes peuvent tout simuler (Delbet) ». Ce sont surtout les fibromes sous-péritonéaux, plus ou moins pédiculisés, qui simulent le plus la grossesse tubaire; ils constituent en effet une tumeur plus ou moins saillante dans un des culs-de-sac parfois reliée à l'utérus par un vrai pédicule, s'accompagnent de métrorragies (1) et de leucorrhée. Par suite de modifications

1. Pilliet donne les caractères suivants aux hémorragies d'origine tubaire pour les distinguer de celles des fibromes. Dans toute grossesse tubaire, ce sera sous forme de caillots que ces hémorragies se manifesteront, ce qui ne s'observe pas dans les fibromes; d'autre part, dans le sang, on trouvera toujours des *villosités placentaires.* » *Ann. de Gyn.*, nov. 1894.

particulières dans leur structure, leur consistance peut même se rapprocher de celle d'une tumeur liquide, d'autant que celle-ci, lorsqu'elle est fortement tendue, sera également dure et ne présentera plus de signe de la fluctuation.

Dans le cas de ce genre, une exploration très attentive permettra souvent de reconnaître l'intimité des rapports de la tumeur avec l'utérus. Deux autres symptômes devront être soigneusement cherché car ils ont une grande valeur diagnostique : c'est la déformation de la cavité utérine et l'absence de sensibilité à la pression dans le cas de fibrome. Le cathétérisme utérin que l'on pratiquera toujours dans les cas douteux, avec les précautions d'usage, montre un canal irrégulier et surtout agrandi. D'autre part une pression même énergique sur la tumeur est souvent indolore.

Mais si le fibrome se complique d'accidents inflammatoires, il devient très douloureux et l'erreur est parfois inévitable (1). »

« Dans d'autres circonstances, l'enclavement brusque d'un fibrome prolabé donne lieu à des symptômes péritonéaux subits, à des troubles aigus de compression qui, unis à l'apparition inattendue d'une tumeur, peuvent faire penser à l'hématocèle. (Le cas de Herff, cité par Sittner, est juste la contre-partie de ces faits). De même une hématocèle rétro-utérine peut en imposer pour un fibrome du cul-de-sac de Douglas, mais l'hématocèle apparaît au milieu des phénomènes bruyants de l'hémorragie interne ; elle donne une collection molle d'abord et dure plus tardivement(2). »

1. Thèse de Camelot, page 77.

. Schwartz et Hepp, *in Le Dentu et Delbet*, p. 696.

Lorsque l'enfant est mort, la grossesse tubaire est souvent confondue avec un fibrome « parce que la tension du kyste est plus considérable et ne permet pas de percevoir les parties fœtales. Bien qu'il soit exceptionnel qu'un fibrome présente la même immobilité que le kyste de la grossesse extra-utérine, il ne faut pas oublier qu'exceptionnellement ce kyste peut présenter de la mobilité. Aussi, à côté de ces signes physiques, en présence d'une tumeur abdominale péri-utérine dont la tension et la résistance rendent difficile l'appréciation de sa nature et de son contenu, il est nécessaire de *fouiller avec soin les antécédents ;* si alors on retrouve l'histoire de la grossesse, suspension des règles pendant un temps correspondant au développement de l'œuf, puis réapparition de ces règles deux mois environ après la mort du fœtus, on pourra, même si l'on ne peut arriver à sentir dans le kyste ni ballottement, ni la crépitation osseuse, on pourra se rallier au diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort et agir en conséquence. » (Wallich, *loc. cit.*).

Il est encore un cas où la grossesse tubaire peut être prise pour un fibrome, c'est lorsque la trompe s'est rompue presque silencieusement et qu'une hématocèle volumineuse s'est développée peu à peu par hémorragies successives et sans symptômes dramatiques. Ces vieilles hématocèles revêtent, avec le temps, des aspects très curieux. « Vous verrez des malades qui souffrent du ventre et qui perdent du sang depuis des semaines, quelquefois des mois : au palper vous trouverez une masse volumineuse sous-ombilicale, asymétrique et plus développée dans l'une des fosses ilia-

ques, masse dure, compacte, irrégulière, avec de grosses bosselures et parfois des élevures plus petites, qui paraissent faire corps avec le paroi ; au toucher, le col est encerclé en arrière par un bourrelet de même consistance, qui semble fusionné avec l'utérus ; la manœuvre du toucher et palper combinés renseigne peu ; la tumeur est fixe ou à peu près, mais si peu qu'elle se mobilise, il semble qu'elle entraîne l'utérus et qu'elle en dépende. Bref, on pense à un fibrome, à un fibrome ancien et adhérent. Il faut se méfier de ces grosses tumeurs sous-ombilicales, dures, tendues, vaguement bosselées, de contours mal dessinés, qui semblent immobiles et collées à la face profonde de la paroi ; avec l'hypothèse du fibrome qui se présente toujours, deux autres doivent être soulevées : celle du kyste de l'ovaire multiloculaire, adhérent, avec torsion chronique du pédicule, ou mêlé d'une forte portion de parties solides ; celle de la vieille hématocèle ; et j'ajoute même, si l'examen soigneux ne permet pas de conclure, sans arrière-pensée, au fibrome, il est à peu près certain que ce n'en est pas.

Dans ces conditions, l'analyse détaillée des accidents le retard menstruel que l'on retrouve presque toujours à une date plus ou moins lointaine, brusquement interrompue par une métrorragie douloureuse, les pertes continues, la fluctuation profonde que l'exploration finit par révéler, si elle insiste suffisamment et au besoin sous chloroforme, tous ces éléments réunis nous aideront à voir clair et à éviter une confusion, bénigne sans doute, si l'on opère par la voie haute, mais fort préjudiciable à la malade, si, comme je l'ai

vu, le diagnostic erroné de fibrome aboutit à l'hystérectomie vaginale (1). »

Quant à la grossesse normale compliquée de fibrome, on la distinguera de la grossesse tubaire par les signes suivants : Dans la grossesse utérine, il n'y a pas les troubles fonctionnels habituels de la grossesse ectopique; cependant il peut se produire des phénomènes de compression, du côté de la vessie et du rectum, par suite de la présence du fibrome; et dans certains cas, placenta pravia, on peut observer également des métrorragies. Dans la grossesse normale, le développement de l'utérus correspond toujours à l'âge de la grossesse.

Enfin lorsque les deux tumeurs, l'utérus et la masse voisine, sont de même grosseur, il faudra examiner plusieurs fois la malade pour constater quelle est celle de ces deux tumeurs qui subit le développement correspondant à celui que doit présenter l'œuf (Wallich).

Nous terminerons maintenant ce chapitre par quelques lignes sur les kystes de l'ovaire. Nous avons déjà vu, dans l'observation XLI, qu'une grossesse tubaire à terme avait fait penser, au moment même d'intervenir, à un kyste ovarique.

Nous allons rapporter quelques autres exemples de semblable erreur de diagnostic.

**Observation LI.** — *Vineberg* (2). *Avortement tubaire pris pour Kyste de l'ovaire, in thèse de Vial. Nancy*, 1898-1899.

Le diagnostic qui avait été porté était celui de tumeur pel-

1. Lejars : *Gaz. des Hôp.*, 16 janvier 1902. Les hémorragies par rupture de la trompe gravide.

2. Vineberg : *Amer. Gyn. and Obst. J.*, 1896.

vienne, vraisemblablement *kyste ovarique*. Il n'existait aucun des symptômes habituels de la grossesse ectopique ou de la rupture de la trompe. Il s'agissait d'un *avortement tubaire*, accompagné d'une hématocèle rétro-utérine.

**Observation LII.** — *Jacobs* (1). *Grossesse tubaire avec hématocèle ; torsion de la trompe sur son axe* (*Diagnostic porté : Ovarite kystique*).

J'ai eu l'occasion d'observer, en août 1900, un deuxième cas de torsion de la trompe. Il s'agit d'une personne de 22 ans, nullipare, souffrante depuis quelques mois. La menstruation a toujours été très régulière, d'environ cinq jours de durée, très douloureuse. Depuis longtemps, dit-elle, elle souffre périodiquement toutes les trois à quatre semaines, dans le bas-ventre, au point de devoir parfois s'aliter pendant vingt-quatre heures. Ces douleurs ne coïncident pas toujours avec la période menstruelle. Une crise douloureuse, très violente, s'est produite environ trois semaines avant notre examen, crise accompagnée de symptômes péritonéaux, de fièvre. Depuis cette époque, légères pertes sanguinolentes, journalières.

A l'examen nous trouvons un col de nullipare, de corps petit dévié à droite ; l'ovaire droit est un peu gros et assez sensible. Dans le Douglas et plutôt à gauche, on sent une tumeur rénitente du volume d'un gros œuf de poule. Nous posons le diagnostic *de gros ovaire kystique gauche prolabé* et nous décidons d'intervenir par la voie vaginale.

L'opération se fit le 28 avril 1900. Ayant incisé de cul-de-sac postérieur dans le sens transversal, j'ouvre le péritoine. Je tombe immédiatement sur une tumeur sanguine, à parois friables qui s'effritent aux premières tentatives d'extraction. Le centre de cette tumeur renferme des caillots noirâtres et du sang liquide. Je la libère rapidement en parcourant avec l'in-

1. Jacobs. *Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'Obs.*, 1901.

dex toute sa surface et je l'amène dans le vagin. J'entraîne ainsi la trompe, dont le pavillon exagérément distendu, et dont les franges sont fortement hypertrophiées, est étalé sur la tumeur sanguine. La trompe se rétrécit à environ 3 ou 4 centimètres du pavillon et présente une double torsion très serrée sur son axe. L'ovaire, assez gros, n'a aucun rapport direct avec la tumeur. Je place une ligature sur la trompe près de son insertion utérine et termine l'opération par la fermeture du vagin.

L'examen immédiat de la tumeur nous a montré qu'il s'agissait *d'une grossesse tubaire avortée,* ayant déterminé une petite inondation péritonéale par le pavillon. L'hémorragie s'est arrêtée et le sang épanché a formé tumeur.

La torsion de la trompe est-elle antérieure ou postérieure à l'avortement tubaire ? Il serait difficile de préciser ; je crois qu'elle a été antérieure et qu'elle fut provoquée par la tumeur annexielle fœtale, localisée à la partie la plus externe de la trompe, celle précisément qui jouit de la plus grande mobilité. La torsion produite, l'avortement tubaire dut se faire peu de temps après.

Tous ces phénomènes ont dû se passer environ trois semaines avant notre examen. La malade signale à cette époque une crise pelvienne dont le début fut brusque et excessivement douloureux.

Les parois tubaires ne présentaient, au siège de la torsion, aucune trace de nécrose.

**Observation LIII.** — *Grossesse tubaire isthmique droite,* in *Thèse de Couvelaire. Hématocèle enkystée par rupture intra-péritonéale du sac (prise pour kystes de l'ovaire bilatéraux.)*

Hôpital Saint-Louis : *M. Marchand.*

Femme de 32 ans, réglée à 16 ans, régulièrement. Les règles sans douleur sont abondantes et durent de quatre à cinq jours.

Deux grossesses normales terminées par des accouchements physiologiques en 1884 et en 1889. Pas de fausse couche.

Jamais elle n'a souffert du ventre ; jamais de pertes blanches. C'est une femme robuste.

Dernières règles normales le 10 mai 1897. Le 10 juin, à l'époque de ses règles sans aucun retard, sans que la femme ait présenté le moindre signe subjectif de grossesse, elle perd du sang et croit que ce sont ses règles ; le troisième jour, elle est prise très brusquement de douleur dans le côté droit, puis de vomissements qui cessèrent au bout de deux ou trois jours. Les douleurs s'atténuèrent peu à peu et disparurent au bout de quinze jours, mais l'écoulement sanguin utérin continua sous forme de petites pertes presque continuelles, venant et disparaissant d'une façon capricieuse, peu abondantes, constituées par du sang noirâtre sans odeur spéciale.

M. Marchand, appelé auprès de la malade dans les premiers jours de juillet, porta le diagnostic de *kystes de l'ovaire bilatéraux* et conseilla à la malade d'entrer à l'hôpital.

Elle entre à Saint-Louis le 24 juillet 1897. Son état général est bon, pas de fièvre. Les seins sont un peu développés, on fait sourdre un peu de colostrum à la pression de la base du mamelon.

Le col utérin, légèrement entr'ouvert, non ramolli, de volume normal, est haut situé dans l'excavation et reporté en avant vers la symphyse. Par l'orifice externe suinte un liquide noirâtre, poisseux, peu abondant.

L'utérus gros déborde la symphyse de 2 travers de doigt ; il est déjeté à gauche et plaqué en avant contre la paroi abdominale : on le sent presque à fleur de peau.

Du côté gauche, on sent, haut placée, immédiatement derrière la paroi, une tumeur mobile légèrement douloureuse, grosse comme une petite orange, tendue, donnant absolument la sensation d'un petit kyste de l'ovaire.

Du côté droit et dans le Douglas, on sent une masse remplis-

sant l'excavation, refoulant l'utérus en avant ; son contour supérieur n'est pas nettement perceptible ; cette masse se prolonge jusque dans la fosse iliaque droite. Sa consistance est assez molle.

M. Marchand pense qu'il s'agit là d'un deuxième kyste développé aux dépens de l'ovaire droit.

Laparotomie, le 27 juillet 1897. — M. Marchand trouve un gros utérus, un kyste de l'ovaire gauche mobile facilement pédiculisable et une *hématocèle enkystée* du milieu de laquelle il retire à grand'peine les annexes droites très adhérentes. Pédiculisation à la soie. Nettoyage de la cavité de l'hématocèle avec des éponges. Drainage abdominal à la gaze iodoformée. Suture de la paroi en un plan.

Suites opératoires simples. La malade quitte l'hôpital en excellent état dans les premiers jours de septembre.

L'examen des pièces a démontré l'existence d'une *grossesse tubaire droite rompue.*

Si une grossesse tubaire peut être prise pour une tumeur de l'ovaire, réciproquement celle-ci peut simuler un kyste fœtal : Coudert (1), dans sa thèse, donne l'observation suivante :

**Observation LIV.** — *Veyssière.* — *Soc. Anat.* 1872, p. 624*: Tumeur fibreuse de l'ovaire simulant une grossesse extra-utérine.*

Une femme de 49 ans entrait le 29 mai 1870. dans le service Siredey, à Saint-Antoine.

Cette femme d'une bonne santé habituelle avait toujours été bien réglée ; elle avait eu deux enfants et fait deux fausses couches,

1. Coudert. Thèse de Paris, 1904 : *Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire.*

Depuis deux ans sa menstruation était devenue moins régulière et, à partir du mois de janvier, elle avait complètement cessé de voir ses règles. Durant ces cinq mois, elle n'avait eu ni pertes blanches, ni métrorragie, mais elle éprouvait constamment des douleurs dans le ventre et dans les reins. En même temps, elle avait remarqué que son ventre grossissait et, d'après tous ces indices, se croyait enceinte ; elle entrait à l'hôpital pour y accoucher.

La malade, à son arrivée, présentait en effet tous les signes apparents d'une grossesse avancée. L'abdomen, développé et proéminent, était mat dans toute la région sous-ombilicale. Une sorte de fluctuation obscure existait au niveau de l'hypogastre. La paroi abdominale distendue laissait difficilement sentir le corps de l'utérus.

Les seins ne présentaient aucune modification de forme et de volume.

Le col utérin, situé à gauche et appliqué contre le pubis, offrait une consistance et un volume anormaux; son orifice n'était pas entr'ouvert. Par contre, à droite et en arrière, on sentait une tumeur grosse comme une orange, parfaitement distincte du col, dont elle était séparée par un sillon profond. Cette tumeur engagée dans l'excavation était immobile, dure, résistante. Le doigt explorateur y distinguait deux sillons, l'un transverse, l'autre vertical, dont l'entrecroisement donnait exactement la sensation que produit au toucher la fontanelle postérieure. Le toucher rectal fit voir que la tumeur dépendait bien de l'utérus et de ses annexes.

*M. Lorain et M. Siredey n'hésitèrent pas à porter le diagnostic de grossesse extra-utérine.*

Dans la journée, la malade éprouve des douleurs vives dans l'abdomen ; elle crut que le travail commençait et demanda qu'on la descende dans la salle de l'accouchement. Quelques heures plus tard, elle était plus mal et l'on ne pouvait méconnaî-

tre les symptômes d'une péritonite, qui l'enleva le lendemain soir.

A l'autopsie, péritonite généralisée récente. Un filet de pus sortait d'une perforation sur une poche volumineuse occupant le tiers inférieur de l'abdomen. Cette poche reposait sur une masse d'aspect fibreux, trilobée, qui ne mesurait pas moins de 35 centimètres de diamètre. Elle envoyait par sa partie inférieure un prolongement sphérique, sillonné par deux dépressions réciproquement perpendiculaires, et qui plongeait, dans le bassin, en arrière et à droite de l'utérus. C'était cette disposition qui donnait, pendant la vie, la sensation d'une tête de fœtus.

L'ovaire droit, que l'on chercha en vain, paraissait absorbé par la tumeur; la trompe droite, par son extrémité ovarique, adhérait à la partie moyenne de la tumeur; l'ovaire gauche était sain et l'utérus, de volume normal, ne contenait pas de corps fibreux.

A l'œil nu, le tissu de la tumeur était blanc, nacré, résistant, assez peu vasculaire. On pouvait y voir une série de couches concentriques et des alvéoles inégalement étendus contenant une substance blanche translucide. En résumé, la tumeur avait absolument l'aspect des *myomes de l'utérus* et l'examen histologique par M. Rouvier est venu confirmer ce résultat.

Lorsqu'il y a tumeur de l'ovaire sans grossesse, il n'y a pas de changement de volume de l'utérus. Il peut être seulement un peu déplacé, le col ne présente pas de modifications, il n'y a pas de phénomènes sympathiques de la grossesse. Lorsqu'il y a grossesse tubaire, au toucher on sent deux tumeurs : l'une, la plus médiane, appliquée derrière la symphyse, c'est l'utérus augmenté un peu de volume, l'autre, latérale, plus ou moins accolée à l'utérus, est immobile est fixée par des adhérences. Lorsque l'enfant est vivant, le dia-

gnostic est facilité par la perception facile des deux pôles du fœtus, par le ballottement fœtal, par les bruits du cœur. Quand l'enfant est mort, le palper devient plus difficile; dans les premiers temps on pourra encore percevoir le ballottement fœtal, mais bientôt après, le liquide amniotique s'étant résorbé, le fœtus est immobilisé lui-même par les parois du sac qui l'enveloppe et lui adhère intimement. Mais si le ballottement a disparu, le chevauchement des os du crâne les uns sur les autres produit une capitation osseuse caractéristique.

« Dans une autre catégorie de faits, *une femme enceinte peut avoir une tumeur ovarienne solide* (ou *liquide*) *qui sera prise pour une grossesse extra-utérine.* Tel est le cas rapporté par Griffth (obs. VII) où une tumeur fibreuse de l'ovaire fut prise pour une tête de fœtus extra-utérin; un sillon simulant la suture sagittale, la forme de la tumeur, l'ascite autour de cette tumeur, permettant au doigt explorateur de la mobiliser et donnant ainsi l'illusion d'une tête fœtale ballottant dans le liquide anmiotique, furent cause de l'erreur de diagnostic (1). »

La grossesse tubaire peut encore être prise pour un *kyste intra ou rétro-ligamentaire,* comme dans l'observation XII de la thèse de Couvelaire. Pour arriver au diagnostic dans ce cas, il faudra se rappeler que les kystes du ligament large ne produisent, dans leur début tout au moins, aucun trouble fonctionnel. De plus, ils sont immédiatement accolés à l'utérus et non séparés de lui par une portion rétrécie, par un pédicule ;

1. Coudert: Thèse, page 76.

leur forme est globuleuse, ils sont le plus souvent manifestement fluctuants et proéminent fortement dans le cul-de-sac vaginal.

Nous avons essayé d'indiquer, dans ce deuxième chapitre, les erreurs de diagnostic les plus habituelles auxquelles peut prêter la grossesse tubaire considérée comme tumeur pelvienne ou abdominale, sans symptômes bruyants.

Nous avons vu le grand nombre d'affections avec lesquelles cette grossesse ectopique pouvait être confondue et, réciproquement, comment certaines de ces tumeurs pouvaient simuler la grossesse tubaire.

Le diagnostic dans tous ces cas est parfois fort difficile ; mais nous le croyons toutefois possible, si, tout en conservant aux signes physiques leur importance, on en attache une plus grande encore aux symptômes fonctionnels et aux phénomènes généraux et sympathiques.

## CHAPITRE III

Dans les deux chapitres qui précèdent, nous nous sommes appliqué à montrer avec quelles affections on confondait la grossesse tubaire, alors que celle-ci, même compliquée d'avortement ou de rupture, évoluait insidieusement, sans bruit. Ici maintenant, nous mentionnerons les cas *d'hématocèles cataclysmiques méconnus et pris pour des affections abdominales à tableau clinique à peu près identique.*

Le diagnostic entre la rupture d'une trompe gravide et la *torsion brusque du pédicule d'une salpingite* est ordinairement fort difficile. Dans les deux cas on observe : un début brusque, des douleurs localisées au même niveau et telles que la syncope s'ensuit, du météorisme subit et, fréquemment, des vomissements.

Mais si nous complétons la description clinique, nous trouverons dans les deux affections des signes différents qui permettront de trancher la difficulté.

Dans l'hématocèle, ce qui frappera de suite, ce seront les symptômes d'hémorragie interne grave : pâleur extrême des téguments, décoloration des muqueuses,

refroidissement des extrémités, fréquence et pétitesse du pouls ; dans la suite, si l'on peut reconstituer l'histoire de la maladie, on trouvera sûrement certains signes fonctionnels de grossesse ectopique, énumérés déjà dans les pages précédentes : aménorrhée complète ou simple retard, douleurs brusques et par crises, pertes journalières et continues, parfois phénomènes sympathiques de grossesse.

Dans la torsion brusque du pédicule de la salpingite, on constate une augmentation très rapide du volume de la tumeur, augmentation que la malade elle-même peut observer (1).

Par le palper et le toucher combinés, on se rend compte de la grande tension de la poche salpingienne ; l'utérus est en position normale le plus souvent, il peut dans certains cas, pivoter d'un demi-tour, entraîné par les annexes.

Quant au « symptôme métrorragie, disent MM. Hartmann et Reymond, il ne semble pas en rapport avec la torsion de la salpingite. »

Les symptômes fonctionnels et généraux sont expliqués par la péritonite existant autour de la poche salpingienne.

Ajoutons encore que la torsion du pédicule se rencontre surtout dans l'hydrosalpingite ; on l'a cependant observée dans des salpingites banales et une fois dans un pyosalpinx (Hartmann et Reymond).

L'hématosalpinx, dû à une grossesse tubaire, peut lui-même se tordre, comme l'hydrosalpinx. Martin, de

1. Hartmann et Reymond. *Ann. de Gyn. et d'Obst.* 1898. *Symptômes de la torsion du pédicule des salpingo-ovarites.*

Berlin (*Die Krankeiten der Eileiter*, p. 348) et Frederick (*The Lancet*, 9 mars 1903), en rapportent chacun un cas dans lequel, du reste, le diagnostic resta hésitant.

A côté de ces salpingites à pédicule tordu, nous pouvons placer ces *grosses salpingites purulentes brusquement rompues dans le péritoine*. « Elles peuvent donner lieu à des troubles fonctionnels simulant l'hématocèle, mais ici la réaction de la séreuse est telle qu'on voit immédiatement qu'il s'agit d'une infection péritonéale et non d'une inondation sanguine (1). »

Voici d'ailleurs une observation où l'erreur contraire fut commise ; on porta le diagnostic d'hématocèle alors qu'il s'agissait d'une salpingite rompue :

**Observation LV**. — *Communication orale de M. Campenon* (*Thèse de Krien*, 1898, p. 8).

En 1894, à l'hôpital Broussais, entre dans mon service, au mois d'octobre, une infirmière présentant tous les signes d'une salpingite suppurée adhérente à droite. Au mois de septembre précédent, à la fin de ses règles, elle aurait été atteinte subitement d'une douleur aiguë avec phénomènes péritonéaux, qui aurait été, à ce moment, diagnostiquée hématocèle. Elle est très affirmative sur cette expression et les renseignements, que nous faisons prendre, confirment absolument son dire. En conséquence, tenant compte tout à la fois des commémoratifs et des symptômes actuels, nous portons le diagnostic d'*hématocèle suppurée*. Laparotomie : des anses d'intestin grêle adhérent à la tumeur qui a le volume d'une mandarine. A peine a-t-on touché à ces adhérences, pour essayer de les détacher, qu'un *flot*

1. Mauclaire. *Hématocèles rétro-utérines récidivantes et alternant avec une grossesse utérine, in Sem. Gyn.*, 1900, p. 127.

*de pus* s'écoule sans la moindre trace de sang, ni de caillots. Il n'existe aucune poche salpingienne, mais seulement une cavité limitée par des adhérences friables, ainsi que nous venons de le dire.

*L'interrogatoire précis fait le lendemain de l'opération montra que les grands symptômes propres à l'hématocèle (hémorragie interne, poussée sur le rectum, retentissement péritonéal) avaient fait défaut.* On apprenait aussi qu'il y avait un passé morbide du côté des annexes.

La malade succombait, du pus étant tombé dans la grande cavité péritonéale malgré toutes les précautions prises.

En résumé, début subit de douleurs ayant fait croire à une hématocèle ; laparotomie montrant qu'il s'agit d'une salpingite rompue et limitée seulement par des adhérences friables.

Quels seront donc les éléments de diagnostic dans les deux cas qui nous occupent?

En remontant aux antécédents génitaux, nous trouverons dans la salpingite rompue un passé annexiel très net: ce sont des douleurs abdominales plus ou moins vives, revenant fréquemment à la suite d'une fatigue, d'une marche, d'un coït ; elles ont apparu après une blennorrhagie, un avortement, un accouchement. Dans l'hématocèle au contraire, il n'y a, le plus souvent, pas d'antécédents génitaux; la femme a toujours été bien réglée jusqu'au dernier mois où « elle n'a plus vu »; depuis, des pertes anormales ont apparu ainsi que des douleurs sous forme de crises paroxystiques. Il peut exister en plus des phénomènes sympathiques de grossesse.

La douleur du début est bien plus vive dans l'hématocèle; elle est, de plus, généralisée; tandis qu'elle est plutôt localisée à une fosse iliaque dans la rupture du

pyosalpinx. De plus, dans l'hématocèle, il y a tous les symptômes d'hémorragie interne allant jusqu'à la syncope. Il y a des vomissements dès le début; les épreintes rectales, le ténesme s'observent souvent; dans le pyosalpinx rompu, on ne note ni défaillance, ni vomissements; au moment de la défécation, il y a une douleur très vive au passage des matières et de gaz.

Dans l'hématocèle, le début est apyrétique ; le pouls est petit, fuyant et très rapide; dans la rupture de la salpingite, la fièvre apparaît en même temps que la douleur.

Les signes physiques sont aussi très différents dans les deux affections : Le toucher vaginal est facilement supporté dans le cas d'hématocèle; très péniblement au contraire, dans le pyosalpinx; l'utérus est déplacé latéralement dans l'hématocèle ; il est à sa place dans la salpingite. Au début, l'hématocèle est plus fluctuante le pyosalpinx plus résistant; enfin, caractère sur lequel nous avons déjà insisté, dans le pyosalpinx les lésions sont bilatérales, ce qui n'existe ordinairement pas dans la grossesse tubaire (1).

Le *kyste de l'ovaire rompu ou à pédicule tordu* peut présenter des difficultés semblables de diagnostic avec l'hématocèle. La douleur et l'existence d'une tumeur assez volumineuse sur un des côtés de l'utérus peuvent faire croire à une torsion du pédicule d'un kyste ovarique. « Richardson (2) et Stevenson(3) en ont cité

1. L'ensemble de ce diagnostic différentiel est un résumé de la Thèse de Krien (Paris 1898): *Rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle.*

2. Richardson. *British medical J.*, 1893.

3. Stevenson. *Amer Journ. of obs.*, janvier 1894.

des cas. Edis (1), Ross, Bouilly ont insisté sur ce point (2). »

**Observation LVI.** — *Auvray* (*Progrès médical*, 9 juin 1900). *Diagnostic hésitant entre une hématocèle et un kyste de l'ovaire à pédicule tordu* (3).

Femme de 37 ans, trois enfants vivants. Dernières règles normales en juillet 1899. Aux règles du mois d'août, elle perd du sang pendant trois semaines ; elle est assez affaiblie pour entrer à l'hôpital Tenon, le 6 septembre 1899. On *hésite entre le diagnostic d'hématocèle et de kyste ovarien à pédicule tordu*, sur la constatation, du côté gauche du ventre, d'une tumeur douloureuse. Puis la mobilité de la tumeur ayant été reconnue, on repousse le diagnostic d'hématocèle. Le 20 septembre, crise douloureuse dans le ventre, à gauche, accompagnée de ténesme rectal et, le 21, nouveaux accidents, cette fois caractéristiques d'une hémorragie interne (yeux hagards, teint blême). Opération : la malade a le hoquet des agonisants. L'opération est commencée sans chloroforme. Incision de la paroi dont pas un vaisseau ne saigne, extirpation à travers les caillots qui remplissent l'abdomen, des annexes gauches, formant une tumeur mobile et libre d'adhérences. Fin de l'opération sous chloroforme ; pendant sa durée, on a fait une injection intra-veineuse de deux litres de sérum. Drainage. La tumeur était formée par un *kyste contenant du liquide amniotique et un embryon ;* l'ovaire était intimement fusionné avec la paroi du kyste ; un examen de M. Cornil démontra que l'œuf ne s'était pas développé dans le parenchyme ovarien, mais à la surface de l'ovaire ; c'était donc une grossesse péritonéo-ovarienne (pas d'autre détail anatomique); guérison.

1. Edis. *Brit. Med. J.*, 1892.
2. Cestan. Thèse, p. 106.
3. Thèse d'Aguinet, p. 112.

**Observation LVII**. — *Stevenson* (*Am. J. of obst.*, 1894). *Grossesse tubaire rompue prise pour un kyste ovarien à pédicule tordu.*

L'auteur a vu une femme de 30 ans, multipare, et qui ne se croyait pas enceinte, prise tout à coup de douleurs vives, avec prostration. On découvrit, à l'examen, une tumeur que l'on diagnostiqua : *kyste avec torsion incomplète du pédicule.* Six mois après, la tumeur augmentant, on fit une laparotomie. Les accidents provenaient en réalité d'une *grossesse tubaire rompue ;* on incisa le sac, d'où on put extraire un enfant vivant.

« Worcester (1) a cité un exemple inverse : kyste ovarique tordu simulant une rupture de grossesse tubaire, avec douleurs et pertes (2). » Fossard (3) rapporte deux observations de kystes de l'ovaire rompus spontanément, où le diagnostic resta fort hésitant entre l'hématocèle et la rupture kystique :

**Observation LVIII**. — *Bouilly. Kyste de l'ovaire suppuré rompu dans le péritoine.*

Cette malade, âgée de 37 ans, multipare, aurait eu déjà, à de longs intervalles, plusieurs poussées péritonéales graves dans l'intervalle desquelles elle allait parfaitement bien et ne souffrait du ventre en aucune façon. Elle entra à l'hôpital Cochin le 14 décembre 1891.

Il y a trois semaines, quelques jours avant l'époque présumée des règles, elle fit une chute violente dans un escalier et reçut un choc assez fort sur le ventre, néanmoins elle ne fut pas arrêtée et ne fut troublée que par la non-apparition de ses

1. *Boston medical*, 1893.

2. Cestan (*loco citato*).

3. Fossard. Thèse de Paris 1901. *Rupture spontanée des kystes de l'ovaire.*

règles. Huit jours plus tard, elle était prise d'une péritonite aiguë franche qui fut soignée médicalement pendant dix jours sans aucune amélioration.

A son entrée, le ventre est très ballonné, très douloureux à la pression, surtout dans le flanc gauche où il y a une submatité dessinant la forme d'un utérus d'environ six mois de grossesse; les flancs sont sonores. Le cul-de-sac de Douglas est libre; l'utérus est petit, antéfléchi. Dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche, on sent une masse haut située, rénitente, se continuant avec une tumeur abdominale globuleuse qu'on ne pouvait sentir par la palpation seule et on arrive à percevoir de la fluctuation.

L'état général est grave, l'aspect franchement péritonéal ; le pouls est petit, rapide, la température à 38°,5; il y a des vomissements presque continuels.

Le diagnostic *hésite entre kyste de l'ovaire tordu ou rupture d'une grossesse extra-utérine.*

Le 15, la malade est amenée pour subir la laparotomie. L'exploration faite sans le chloroforme ne permet plus de trouver trace de tumeur dans le ventre. On apprend alors que, dans la soirée précédente, la malade a eu des évacuations diarrhéiques extrêmement nombreuses à la suite desquelles elle a été soulagée et que ce matin elle n'a plus de température. On pense qu'il y a eu évacuation par le rectum et la malade est reportée à son lit sans opération.

Le lendemain, la situation est devenue tout aussi mauvaise que le premier jour, avec ballonnement énorme du ventre, vomissements presque continuels, tendance au refroidissement, température à 38°,4 et pouls presque incomptable.

Laparotomie, le 17 décembre. — Péritonite purulente généralisée avec fausses membranes épaisses et résistantes de date déjà ancienne. On trouve au milieu du pus un *kyste de l'ovaire suppuré et rompu* du côté gauche, du volume d'une tête de fœtus, peu adhérent, se prolongeant derrière l'utérus. La trompe

située en avant est transformée en un cordon scléreux. Ses annexes droites sont saines. La rupture, comme taillée à l'emporte-pièce, large comme une pièce de 50 centimes, occupe la partie inférieure du kyste; elle semble avoir succédé à la chute d'une escharre.

La malade meurt dix minutes après l'opération. Le kyste avait pu être enlevé sans difficulté ; toute la cavité péritonéale avait été largement lavée à l'eau bouillie.

**Observation LIX**. — *Kyste de l'ovaire droit rompu dans l'abdomen. Torsion du pédicule, ovariotomie, guérison, par M. Reclus* (1).

Anna S..., 40 ans, gouvernante. Entrée le 20 mai 1898 à l'hôpital Laënnec. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. La malade jouit d'une bonne santé habituelle. Réglée pour la première fois à 16 ans, ses règles ont toujours été régulières et durent huit jours. Une seule grossesse il y a quinze ans, suivie d'un accouchement pénible ayant nécessité anesthésie et forceps. Bien rétablie, elle n'a jamais eu aucune douleur dans le ventre et ne s'est jamais aperçue de la présence d'une tumeur.

Le 18 mai, au quatrième jour de ses règles qui étaient venues au jour attendu, la malade se lève bien portante; quelques instants après, en préparant son thé, elle se sent baignée d'une sueur froide et n'a que le temps de se jeter sur son lit où elle perd connaissance. Quelque temps après, elle reprend ses sens et se sent envahie brusquement, au bout de cinq à dix minutes, par une douleur atroce dans le ventre avec sensation de déchirure, douleur se propageant dans les reins et la cuisse droite.

Son ventre se ballonne un peu, elle a des nausées, mais pas de vomissements et, vers le soir, un médecin constate dans la

1. *In* Thèse de Baron, 1898, p. 81.

fosse iliaque droite la présence d'une tumeur qui n'avait jamais été sentie ; la malade elle-même se rend compte qu'elle a quelque chose de volumineux à droite dans l'abdomen.

Le 20, elle entre à l'hôpital et l'on constate un ventre ballonné qui au premier abord fait penser à une tumeur fantôme, la malade entrant avec le diagnostic de tumeur de l'abdomen. On se rend compte cependant qu'il existe quelque chose de surajouté à droite où la région est extrêmement douloureuse, éveillant l'idée d'une péritonite.

On ne fait pas de diagnostic précis, mais *on pense à une hématocèle péri-utérine.*

Laparotomie, le 20 mai. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide hémato-purulent; on aperçoit alors un kyste affaissé, noirâtre, infiltré, éveillant l'idée de la face utérine du placenta. Il *s'agit d'un kyste rompu* dans le péritoine qui contient environ 100 à 200 grammes d'un liquide noirâtre, épais, gélatiniforme. En soulevant le kyste, on voit que son pédicule est gros, noirâtre, rattaché à la corne utérine droite ; il est tordu une fois et demie sur lui-même, de droite à gauche; pour le ramener à la rectitude, on doit le détourner trois fois. Ligature du pédicule à la soie plate. Toilette du péritoine, sutures. Le soir, température 39°.

Le 22, température 38° le matin, 39° le soir. La malade est abattue et se plaint de gêne respiratoire. Le 23, point de côté, gêne respiratoire. On entend de fins craquements à la base droite. Le 24, la malade a une vomique et vide un abcès qui s'était formé à la base droite du poumon. L'examen bactériologique n'a pas été pratiqué.

Le 1er juin. Apyrexie complète.

Le 15. La malade se lève guérie. Réunion complète.

De Vlaccos rapporte une observation semblable de kyste de l'ovaire simulant une grossesse ectopique rom-

pue, publiée dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1900, t. XXVI, p. 1. « Marx, Edgar, Segond ont observé des cas de collapsus subit, survenus après des signes de grossesse. Ils ont alors cru à une grossesse extra-utérine rompue et ont pratiqué la laparotomie. Edgar a trouvé un kyste de l'ovaire, Marx une ovarite suppurée, Segond une tumeur ovarique à pédicule tordu. » Sittner (*loc. cit.*).

Pour arriver à différencier ces deux cas, il faut se rappeler que dans l'hématocèle ce sont les signes d'hémorragie interne qui dominent, tandis que, dans le kyste rompu, ce sont les accidents de péritonite. De plus, dans l'hématocèle, on retrouve des troubles de la menstruation assez nets sur lesquels nous avons insisté déjà et souvent des symptômes de grossesse. Au toucher vaginal, on trouve encore des signes précieux : col ramolli, entr'ouvert, utérus hypertrophié, masse salpingienne tombant dans le Douglas et présentant une consistance toute spéciale. Avec tous ces caractères l'hématocèle sera reconnue le plus souvent.

« La *rupture d'un utérus gravide, avec irruption du fœtus dans la cavité abdominale*, peut faire croire aussi à une rupture de grossesse tubaire. Si en même temps que la rupture de l'utérus se produisent des signes d'hémorrhagie interne (syncope, douleurs, météorisme) et qu'on perçoive la tumeur fœtale dans la cavité abdominale, il est tout naturel de faire l'erreur de diagnostic et de croire à une grossesse ectopique rompue. Mais pareille erreur est rare, car la rupture de l'utérus au cours de la grossesse est presque une exception. Certains cas cependant en ont été signalés. Dickey a

observé une rupture mortelle de l'utérus au troisième mois de la grossesse qui avait été prise pour une grossesse tubaire rompue. Le kyste fœtal était tombé dans le péritoine par une déchirure du fond de l'utérus. Cooper rapporte un cas absolument semblable dans lequel la rupture utérine avait été causée par des lésions tuberculeuses. Citons encore une observation de Gottschall, de la clinique de Zürich : Après un avortement utérin, il se développa un déciduome malin, qui fit issue dans la cavité abdominale après avoir détruit complètement la paroi utérine ; les signes cliniques de collapsus et d'hémorragie interne avaient fait porter le diagnostic de rupture d'un kyste fœtal ectopique (1). »

*Certaines affections du tube digestif,* par leur début très brusque et les symptômes alarmants qu'ils produisent, peuvent faire méconnaître la rupture d'une grossesse tubaire. Suivant les cas, on porte alors le diagnostic d'*appendicite,* d'*occlusion intestinale* ou de *perforation de l'estomac.* En voici des exemples :

**Observation LX.** — *Hématocèle, d'origine tubaire, sans rupture de la trompe utérine* (*Diagnostic clinique : Appendicite*) *par Potherat* (*Bull. de Soc. de Chir.*) 25 novembre 1902.

Le 12 novembre dernier, entrait dans mon service, à la Maison municipale de Santé, une jenne femme de 34 ans, vingt-huit jours après ses dernières règles, qui d'ailleurs avaient été normales.

1. Sittner de Brandenbourg. *Diagnostische Verfehlungen aùf dem gebiete der extrauterin graviditet* in Deutsche medicinische Wochenschrift, 8 octobre 1903.

Quinze jours avant son admission à l'hôpital, la malade avait remarqué la perte de quelques gouttes de sang par la voie vaginale. Deux jours après elle se lève avec la tête lourde, en proie à des vomissements violents et à des douleurs abdominales sourdes d'abord, puis vives. Les douleurs sont diffuses ; elles sont toutefois plus vives à gauche.

Avec le repos, un liniment calmant, tout rentre dans l'ordre mais les mêmes accidents reviennent huit jours plus tard ; cette fois rien ne fait cesser les accidents, et le médecin de la malade l'envoie à la Maison Dubois avec le diagnostic un peu indécis d'hématocèle ou d'appendicite.

L'examen, que je pratiquai à ce moment, me fit porter *le diagnostic ferme d'appendicite*. En effet, la malade avait une douleur nette, très vive au point de Mac Burney, de la défense musculaire au-devant de la fosse iliaque droite, et plus profondément, il existait une masse arrondie oblongue, avec de la submatité à la percussion. Ajoutez à cela qu'il n'y avait au palper abdominal aucune douleur au-dessus du pubis, ni à droite ni à gauche, que le palper joint au toucher vaginal montrait un utérus haut situé, il est vrai, mais entouré de culs-de-sac absolument souples.

*Dans ces conditions je repoussai nettement le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine et m'en tins à celui d'appendicite.* Ce diagnostic était d'ailleurs généralement accepté par plusieurs médecins et internes qui examinèrent la malade.

L'état général était assez fortement atteint, le facies grippé; mais, la température étant à 37° et le pouls à 80, je fis mettre de la glace, je laissai la malade à la diète et j'attendis. Le 13, l'état est le même. Mais le 14, le pouls est à 112 bien que la température reste à 37° et l'état général s'aggrave. J'attends encore, mais le 15 le pouls est au delà de 130, l'état général s'est très aggravé ; le facies est pâle, terreux ; bien que la température soit restée à 37° environ, ou plutôt à cause de cela même, je me décide à opérer sans retard. Incision de Roux,

ouverture de la paroi abdominale. A ma grande surprise je tombe sur un gros caillot occupant la fosse iliaque droite ; en soulevant la paroi, du sang pur ou, du moins, une sérosité fortement hématique qui baigne les anses intestinales s'écoule en notable abondance.

Avec la main, j'évacue rapidement la fosse iliaque droite du caillot qu'elle contient. J'amène avec lui l'ovaire et la trompe qui étaient fixés dans cette fosse iliaque au milieu du caillot qui lui-même était séquestré par des anses intestinales adhérentes autour de la fosse iliaque. La main, introduite dans le pelvis, montre que celui-ci est libre ; il n'y a rien dans le Douglas, où la sérosité hématique qui baigne les anses intestinales s'accumule assez vite.

L'examen de l'appendice me montra son intégrité absolue, du moins à l'œil nu. *Il s'agissait donc d'une hématocèle d'origine tubaire et non d'une appendicite.* Voilà le premier point intéressant.

L'examen de la pièce m'en a montré un second non moins digne d'intérêt. La trompe volumineuse, en cornemuse, était distendue par un gros caillot cruorique et fibrineux, mais il n'existait nulle part de rupture. L'examen attentif et répété montrait une paroi partout continue, mais l'exploration du pavillon me montra qu'à ce niveau la trompe était largement béante et pouvait par conséquent, facilement laisser passer le sang épanché dans l'oviducte. Je n'ai pas trouvé de fœtus, mais le caillot intra-tubaire est fortement adhérent en un point et il est probable qu'un examen histologique montrerait en ce point l'existence d'une placentation. L'ovaire était polykystique ; il adhérait au péritoine de la fosse iliaque.

En résumé, cette femme avait une hémorragie dans sa trompe, cette hémorragie s'est faite en trois fois avec une intensité progressive et le sang s'est déversé dans le ventre par l'orifice du pavillon de cette trompe anormalement fixée dans la fosse iliaque droite.

Par l'incision faite à droite sans l'agrandir, j'enlevai les annexes droites, j'épongeai le petit bassin et j'y laissai un gros drain. La malade, opérée depuis quatorze jours pleins, va tout à fait bien et va guérir selon toutes probabilités.

**Observation LXI.** — *Grossesse tubaire droite rompue. Inondation péritonéale (diagnostic porté : Appendicite à grand foyer), par M. Alglave, in Thèse Aguinet, Paris, 1903.*

Femme de 24 ans, entrée le 20 avril 1901, salle Lisfranc, service de M. le professeur Terrier, à la Pitié. Un enfant de 2 ans et demi. Fausse couche de deux mois, il y a six mois. Règles régulières fin février, puis retard de six semaines; réapparition des règles vers le 8 avril ; elles sont abondantes et durent jusqu'au 12 avril. Le 18 avril, douleurs pelviennes et pertes de sang abondantes. Le 19 avril, douleurs pelviennes violentes, vertiges et plusieurs syncopes successives ; vomissements alimentaires. Entrée à la Pitié le 20 avril au soir.

A son entrée, elle est pâle, elle a les traits tirés, elle souffre atrocement du ventre, surtout à droite. Température 39°,2, pouls à 140. Ventre ballonné et douloureux surtout à droite, dans la fosse iliaque et jusque dans la cavité pelvienne. Défense musculaire. A la percussion, submatité à droite, sonorité à gauche. Au toucher, culs-de-sac libres, mais douloureux, surtout à droite et en haut.

Le début brusque, l'intensité de la douleur à droite, au niveau de la fosse iliaque, douleur à la pression autant que spontanée, la défense musculaire, la haute température, l'accélération du pouls, la submatité, la notion des règles survenues le mois d'avant, me font faire le *diagnostic d'appendicite à grand foyer.*

Cependant, la pâleur de la malade, la petitesse du pouls, la notion d'un écoulement sanguin apparu la veille me font penser quelques instants à une grande hématocèle.

La malade est mise sur la table d'opération dans un état déses-

péré. Elle n'a plus de pouls, elle respire à peine. Je la considère comme perdue. Une large incision est faite suivant le tracé de Roux au niveau de la fosse iliaque droite. Au moment où j'arrive sur le péritoine un flot de sang s'échappe du ventre. Le sang coule en abondance et nous inonde. Des caillots s'échappent en même temps, nombreux et volumineux. J'agrandis l'incision vers le pelvis et j'arrive tout de suite sur la *trompe droite où siège le corps du délit.* Elle est volumineuse et déchirée ; elle saigne. Je pince le pédicule utéro-ovarien, l'utérine en haut, j'enlève rapidement la trompe et l'ovaire droits. Je nettoie parfaitement la cavité pelvienne et je m'assure de l'intégrité de la trompe et de l'ovaire gauche.

La malade est largement drainée pour l'écoulement du sang. Celui-ci continue à couler abondamment et baigne complètement le pansement et le lit de la malade.

Dans les jours qui suivent, du sang s'écoule toujours par la plaie opératoire et la malade est extrêmement affaiblie, on la soutient avec des injections de sérum à haute dose. Elle a un peu de fièvre, la température oscille entre 38 et 39°, le pouls entre 100 et 120.

La malade n'urine pas seule, il faut la sonder.

Après quelques jours, la température redevient normale et les forces se relèvent. Au dix-huitième jour le drain est enlevé et la malade va parfaitement bien. Le vingt et unième jour, soit le 11 mai, la malade accuse une douleur assez vive dans le flanc gauche et sa température s'élève à 38°,8. Des oscillations de température se produisent les jours suivants. L'exploration fait penser à une pyonéphrose. Mais l'état général se remonte et la malade sort parfaitement guérie de sa laparotomie le 1er juin.

**Observation LXII.** — *Service de M. Peyrot. Opération de M. Peyrot*, 25 avril 1902 *Cœliotomie pour grossesse tubaire rompue, avec inondation péritonéale. In thèse d'Aguinet, Paris*, 1903.

Incision de Jalaguier : on *pensait à une appendicite* avec péri-

tonite diffuse. On trouve une grande quantité de sang libre et de caillots, environ 1 litre et demi. Pas d'adhérences. *La trompe droite est rompue* dans sa portion isthmique ; son pavillon est libre et perméable. Ablation des annexes droites et de la plus grande partie des caillots. Fermeture du ventre sans drain. Guérison.

Pièces : la trompe est normale dans ses deux tiers externes ; sa portion isthmique est dilatée par un kyste fœtal d'une quinzaine de jours environ et largement déchirée.

La malade, qui allaitait depuis six mois, avait été prise brusquement l'avant-veille au soir d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. A son entrée à l'hôpital, le pouls était faible, à 130, l'abdomen distendu et douloureux partout ; au toucher, utérus mobile et annexes non douloureuses. *La femme n'étant plus réglée, il était impossible d'avoir la notion d'une grossesse possible.* Guérison.

**Observation LXIII.** — *Grossesse tubaire droite prise pour une appendicite, par M. Savariaud ;* in *thèse d'Aguinet.*

Femme d'une quarantaine d'années, entrée vers 7 ou 8 heures du soir dans le service de M. le professeur Terrier. Diagnostic : *Appendicite.* Collection dans la fosse iliaque droite. Température. On ne remarque pas les signes d'hémorragie interne. Incision dans la fosse iliaque, droite, il s'échappe un flot de sang noir. On tombe sur des caillots non enkystés, mais commençant à s'organiser. Au moment où on les dilacère survient une hémorragie artérielle extrêmement abondante. La main arrive sur une tumeur située au niveau du ligament large droit ; un clamp est placé de chaque côté du ligament large, et la *trompe droite contenant un fœtus vivant de trois mois* est enlevée. Ligature pénible à cause de l'incision latérale.

L'hémorragie est arrêtée.

Le lendemain la malade, bien qu'affaiblie, a un bon pouls et une température normale. Elle se plaint de l'aine droite. L'ins-

pection soigneuse de la plaie et de l'abdomen ne révèle aucune réaction péritonéale. Au bout de quatre ou cinq jours, ablation du drain qui ne donne plus aucun écoulement. La malade se plaint toujours de sa cuisse qu'on n'examine pas. Au bout d'une dizaine de jours un phlegmon de la cuisse est reconnu. Incision ; quantité considérable de pus. La malade très anémiée ne peut faire les frais de la suppuration et elle meurt quarante-huit heures environ après l'ouverture du phlegmon.

Autopsie. — La cavité péritonéale est absolument saine ; on remarque seulement une teinte ardoisée du péritoine, d'origine hématique.

La malade a succombé au phlegmon produit par une injection de sérum insuffisamment stérilisé.

**Observation LXIV.** — *M. Legueu.* (*Bull. de la Soc. de Chir.*) 8 octobre 1902, *2 cas de rupture tubaire prise pour appendicite.*

1° Malade de 48 ans ayant ressenti à droite une douleur extrêmement vive, syncopale. La douleur s'accroît la nuit suivante, le ventre se ballonne, la constipation devient absolue et la température s'élève. Vue le surlendemain : douleur localisée à droite, température 38°,5. Diagnostic : *Appendicite*. Opération le lendemain. A l'incision dans la fosse iliaque droite, il s'écoule du sang. On va à la recherche des trompes ; c'était *la gauche qui était rompue* et put être enlevée par l'incision faite.

2° Femme de 22 ans, prise de douleur vive à droite, de vomissements et de syncope. Amenée le lendemain à la Charité et examinée deux heures après. Température 38°, pouls 130. Diagnostic : *Appendicite*, reconnu faux à l'incision. « *Il y avait du sang jusque dans l'abdomen.* » C'était la trompe gauche qui était rompue et il fallut faire une laparotomie médiane pour l'extirper. Elle était rompue près de son milieu et il y avait dans le ventre 1 litre à 1 litre et demi de sang, qui fut épongé. Guérison.

**Observation LXV**. — *Chevalier et Picqué. Soc. de Chir.*, 1902. *Grossesse extra-utérine rompue diagnostiquée. Appendicite.*

Femme de 27 ans, multipare. Dernières règles le 5 juillet 1901. Le 12 août, métrorragies qui durent plusieurs jours ; du 22 au 31 douleurs lombaires intermittentes. Du 31 au 8 septembre perte de caillots. Le 13 douleurs abdominales surtout à droite et vomissements. Le 15, douleurs et syncopes répétées. Entrée à l'hôpital le 16, examen le 17 ; température 38°,2, pouls 132, régulier, assez bien frappé. Ventre très ballonné, douleur abdominale généralisée, avec maximum à droite. Submatité dans les flancs. Pertes légères de liquide rosé, teinte subictérique de la face ; facies péritonitique (yeux cernés, nez pincé). La langue reste humide, anorexie, soif vive ; frissons ; urines foncées, troubles, légèrement albumineuses. Au toucher, l'utérus semble augmenté de volume, mais on ne peut en percevoir le fond ; il est refoulé à droite, douloureux à la pression. Les culs-de-sac sont souples, indolores ; le col est complètement fermé. Sérum, caféine, champagne ; glace sur le ventre. Le soir, température 38°,2, pouls 110. Oxygène la nuit ; le lendemain 18, amélioration, mais pas de selles. Diagnostic : *Appendicite*. A l'incision, il s'écoule une notable quantité de sang liquide ; agrandissement de l'incision ; *caillots noirâtres et fœtus de 4 centimètres*, issus d'une masse du volume d'une mandarine, constituée par le placenta et la poche ovulaire, adhérente à une anse intestinale dont la séreuse se détache en partie. Drainage par drains et mèche ; le 19, expulsion d'une caduque. Guérison.

Dans les *Revues et Mémoires d'Obstétrique*, M. Demelin rapporte une observation de Stimson, qui est l'opposée de celles rapportées jusqu'ici. En effet, dans ce cas, une *perforation de l'appendice fut diagnostiquée rupture de grossesse tubaire*.

« Stimson observa une péritonite aiguë *chez une femme enceinte de trois mois*, avec douleurs dans la fosse iliaque droite, perte de sang par la vulve et empâtement sur le côté droit du vagin, faisant croire à une *grossesse extra-utérine rompue*. La laparotomie montra que l'*appendice* adhérent à l'ovaire *était perforé* ; il fut enlevé, la femme guérit et la grossesse réellement utérine et non pas ectopique continua son cours. »

Dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet (1) M. Guinard cite une autre observation d'appendicite chez une femme enceinte ; le diagnostic ne fut pas fait et MM. Peyrot et Guinard opérèrent la malade en pensant à une rupture de grossesse tubaire ou un kyste ovarique à pédicule tordu.

**Observation LXVI.** — Une jeune femme de 20 ans, qui déclarait être enceinte de trois mois, présentait une tumeur fluctuante, remontant à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; elle souffrait depuis cinq jours d'accidents péritonéaux que nous étions disposés à attribuer soit à un kyste ovarique à pédicule tordu, soit à *une grossesse extra-utérine rompue*. La laparotomie médiane montra que la tumeur fluctuante était constituée par l'utérus gravide, et ce n'est qu'en agrandissant l'incision qu'on put voir sourdre, sur le côté droit de l'utérus, une collection purulente fétide, au centre de laquelle se trouvait *l'appendice perforé* à un centimètre de son extrémité terminale, laquelle était arrondie en forme de massue. Un corps étranger, de la forme d'un noyau de datte, nageant librement dans le pus.

« Après avoir réséqué l'appendice, Peyrot fit une contre-ouverture dans la fosse iliaque droite pour assurer le drainage

1. *Appendicite* : Diagnostic, tome VII, page 508.

en bonne place et ferma complètement l'incision médiane par deux plans de sutures. Bien qu'une partie du liquide ait pu se répandre dans tout l'abdomen, car la malade était dans la position inclinée de Trendelenburg, dont on n'aurait pas usé bien entendu si le diagnostic avant été fait, elle guérit sans complication et mena sa grossesse à huit mois ; l'enfant est actuellement bien vivant. »

M. Guinard ajoute un peu plus loin : « Ce qui rend la question délicate, c'est que les crises d'appendicite peuvent être liées à la grossesse, comme dans l'observation précédente et comme chez la malade dont parlait Legendre (1) à la *Société des Hôpitaux*. » Dans ces deux derniers cas, particulièrement difficiles, ce ne sera que par une étude avisée du passé génital de la femme, par un examen attentif de l'utérus et des annexes qu'on pourra arriver à porter un diagnostic juste.

La rupture de la grossesse tubaire peut encore être prise pour une perforation ou une hémorragie intestinale au cours d'une affection aiguë ou chronique ; et cette erreur est encore plus difficile à éviter lorsque l'accident survient chez une femme que l'on croit normalement enceinte.

A propos du diagnostic de la *perforation d'un ulcère de l'estomac* avec l'hématocèle rétro-utérine, nous emprunterons le passage qui suit à notre ami, le Dr Ball (2).

« Robson (3) cite un cas où une *perforation d'un*

1. Legendre. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 19 mars 1897.

2. Ball. *De la perforation de l'estomac au cours des ulcères latents ou méconnus*. Thèse de Paris, 1904.

3. Robson, *The Lancet*, 1900. I, p. 747.

*ulcère de l'estomac méconnu fut prise pour une rupture de grossesse extra-utérine* et un autre cas où une rupture de grossesse extra-utérine fut prise pour une perforation d'ulcère de l'estomac. »

Dans le dernier cas c'est le siège anormal de la douleur au creux épigastrique qui fit songer à la perforation de l'estomac.

Il est encore une affection intestinale à forme dramatique qui prête bien souvent à erreur dans le diagnostic de la rupture tubaire ; nous voulons parler de l'*occlusion intestinale*. Les observations de cas semblables sont très nombreuses, nous n'en rapporterons ici que quelques-unes :

**Observation LXVII.** — *Due à l'obligeance de M. Descomps, interne de M. le Professeur Reclus.* (Inédite). — *Rupture de grossesse tubaire prise pour une occlusion intestinale : Laënnec*, 15 novembre 1904.

Femme X..., 30 ans, bonne santé ; deux enfants ; infection puerpérale au dernier accouchement il y a deux ans. Depuis ce moment, annexite bilatérale ayant provoqué une ou deux poussées de péritonite légère, et règles irrégulières.

Entre le samedi, salle Chassaignac lit 21, pour crise nouvelle ayant débuté le mercredi précédent et offrant tous les caractères d'une pelvi-péritonite annexielle : douleur diffuse, ballonnement du ventre, vomissements, température 38°5.

Examen à l'entrée : cul-de-sac postérieur libre, culs-de-sac latéraux à demi remplis par masses annexielles et périannexielles, où l'on ne distingue rien. Il est impossible de trouver le fond de l'utérus sur la paroi abdominale qui est très distendue et se défend très vivement au moment de la palpation. Miction facile, selles normales. Pas de retard de règles ; elle a perdu plusieurs fois le mois dernier. Opium et glace.

Pas de modification pendant trois jours, pas de vomissement, la température tombe à 37°. Sommeil, alimentation légère, etc.

Le jeudi suivant, sans aucun symptôme précurseur, la malade vomit abondamment un liquide verdâtre, mêlé de matières fécales ; aucune autre réaction au point de vue température et douleur; pouls rapide, hypotendu; pas de modification au toucher, mais ballonnement généralisé, un peu plus considérable, du ventre avec sonorité hépatique. *Devant ces signes d'occlusion, avec possibilité de péritonite secondaire,* M. Reclus conseille la colostomie iliaque à la cocaïne, car l'état général faisait redouter le chloroforme. L'opération est pratiquée aussitôt. A l'ouverture du péritoine, notable quantité de sang noir liquide et quelques caillots; le chloroforme est aussitôt administré et l'on fait une laparotomie mediane exploratrice. L'orifice supérieur du bassin est complètement fermé par un diaphragme d'adhérences, au milieu desquelles l'utérus, les annexes des deux côtés, l'intestin et l'épiploon. Vers *les annexes droites un foyer hématique permet de localiser à ce niveau la grossesse ectopique rompue.*

La décortication des adhérences épiploïques et intestinales est très laborieuse. Lorsque le bassin est à peu près dégagé, on voit que l'utérus et les annexes gauches sont repoussés vers la gauche par les annexes droites auxquelles adhère intimement une anse du petit intestin fortement coudée.

L'extirpation de l'utérus et des annexes est faite de gauche à droite, suivant le procédé de Kelly. De cette façon le paquet annexiel droit est facilement soulevé de bas en haut et énucléé hors du bassin ; il est alors possible de séparer l'anse intestinale adhérente, et l'ablation des annexes est achevée. Le kyste fœtal rompu se trouvait au 1/3 externe de la trompe. L'anse intestinale après irrigation à l'eau chaude semblant de solidité douteuse, l'anse sus-jacente dilatée a été placée sur une baguette de verre au niveau de la laparotomie latérale gauche au cas où

un anus iliaque deviendrait nécessaire. Drainage du bassin par trois gros drains dont un vaginal ; drainage de l'abdomen par deux autres drains et fermeture de l'incision médiane.

Sérum, caféine, éther.

Morte le lendemain.

Il s'agit donc ici d'une grossesse tubaire droite, rompue et méconnue. Comment expliquer l'absence : 1° des signes fonctionnels ; 2° des signes locaux ?

L'absence de symptômes fonctionnels et généraux s'explique par ce fait que la malade avait une double annexite, que la rupture tubaire s'est faite dans un foyer d'adhérences, que par conséquent l'hémorragie s'est faite par petites poussées successives et non d'un seul coup par inondation péritonéale.

L'absence de signes physiques, c'est-à-dire l'absence d'une collection dans le bas-fond de Douglas, avec surélévation rétro-pubienne de l'utérus, s'explique par les adhérences antérieures qui avaient complètement isolé le cul-de-sac recto-génital, lequel, au cours de l'opération, a été trouvé complètement vide, sa partie supérieure étant fermée. L'hémorragie s'était donc faite au-dessus du diaphragme d'adhérences, par conséquent dans l'abdomen, laissant l'utérus dans sa position habituelle.

**Observation LXVIII.** — *Grossesse tubaire. Inondation péritonéale sans rupture du kyste fœtal, par M. Blum* (1). (*Diagnostic porté au début : Obstruction intestinale*).

C. V...., ménagère, âgée de 27 ans, est admise d'urgence le 11 novembre 1902, à 2 heures du matin. Elle s'était endormie la veille bien portante et à 11 heures du soir elle était réveillée

1. Observation extraite de la thèse d'Aguinet.

brusquement par une douleur abdominale très vive et des vomissements alimentaires.

A son entrée, elle est pâle et dans un état presque syncopal. Le pouls est très petit, incomptable, le ventre ballonné et douloureux. L'état de la malade est si alarmant que le chirurgien de garde, appelé, renonce à intervenir, bien qu'il pense à une *obstruction intestinale*. Il prescrit des injections de sérum, dont 2 litres sont injectés dans la nuit.

A la visite du matin, le pouls, quoique petit et à 130, est moins faible que dans la nuit. Facies pâle, lèvres décolorées. Ventre ballonné, tendu et douloureux. La douleur a son maximum à l'épigastre plutôt que dans le petit bassin. Cul-de-sac postérieur légèrement bombé et tendu. Pas de vomissements, pas de constipation.

On apprend, d'autre part, que la malade n'a jamais eu de maladie antérieurement. A 20 ans, elle a mené une grossesse à terme sans complications. Depuis lors, ses règles ont toujours été normales jusqu'au 20 août dernier, époque des dernières règles. Les règles ont fait défaut en septembre, et, au même moment, les seins prenaient du développement. Le 25 octobre dernier, la malade a éprouvé des douleurs abdominales assez vives et en même temps a eu une perte de sang sans caillots. Un médecin a porté le diagnostic de fausse couche. Depuis cette époque, les pertes ne se sont pas reproduites, mais jusqu'à la crise de la veille, la malade a éprouvé constamment des douleurs abdominales sourdes. En présence de ces antécédents et de l'état actuel, on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue, avec inondation péritonéale et on décide l'intervention immédiate.

Opération : (Résumé). La laparotomie vérifie le dernier diagnostic porté : on est en présence d'une grossesse tubaire gauche, cause d'une inondation péritonéale considérable.

*M. Demelin* (1) rapporte une observation curieuse

1. Demelin. *Revues et Mémoires d'Obstétrique.*

où une *tumeur fécale au niveau de l'S iliaque, au début d'une grossesse utérine, fut prise pour une grossesse ectopique.*

**Observation LXIX**. — Mme S.., primipare, est de bonne santé habituelle. Elle a eu ses dernières règles du 15 au 18 décembre 1896. Elle me fait demander le 9 mars 1897, pensant être enceinte de deux mois et demi environ ; elle se plaint de douleur et pesanteur dans le côté gauche du bas-ventre et dans les reins depuis une dizaine de jours environ.

L'état général est bon ; il n'y a ni fièvre, ni pâleur du visage. A l'examen du ventre, je trouve le fond de l'utérus débordant la symphyse pubienne de 1 à 2 travers de doigt. L'organe est un peu déjeté à droite ; à sa gauche, on trouve nettement à la palpation une tumeur abdominale du volume d'une mandarine, située sur le même niveau que le fond de l'utérus, très peu par conséquent au-dessus de l'arc antérieur du bassin et de l'éminence ilio-pectinée gauche, qu'elle avoisine de fort près. Cette tumeur est nettement indépendante de l'utérus, dont elle est pourtant peu éloignée ; elle est mobile, de consistance assez dure, mais fort douloureuse au toucher. Par le toucher vaginal, combiné au palper, on retrouve l'utérus, augmenté de volume, mais modérément, et le col un peu ramolli. Les culs-de-sac sont libres ; cependant en abaissant fortement, avec la main placée sur la paroi abdominale, la tumeur située à gauche de l'utérus, on arrive à la soupçonner dans le cul-de-sac latéral gauche.

Il n'y a pas de contractions utérines, ni d'écoulement sanguin par l'orifice utérin.

De quoi s'agit-il ? Est-ce une grossesse utérine de deux mois et demi avec une tumeur siégeant à la partie supérieure du ligament large gauche ? Est-ce un fibrome pédiculé ? ou un kyste de l'ovaire de petit volume ?

La douleur vive que provoque le palper, l'indépendance de la

tumeur plaident contre l'idée de fibrome. Le kyste de l'ovaire au début serait plus plausible. Mais l'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'une tumeur salpingienne et, plus précisément, d'une *grossesse tubaire* avec l'augmentation de volume que subit l'utérus en pareille circonstance. Sans doute, bien des symptômes manquent, tels que l'expulsion de lambeaux de caduque, les pertes sanguines par l'utérus, etc.., mais l'existence d'une tumeur para-utérine, récente, douloureuse, chez une femme qui est fort probablement enceinte et dont la matrice est légèrement augmentée de volume, ne suffit-elle pas à éveiller l'idée d'une grossesse ectopique ?

Malgré les inquiétudes suscitées par un pareil examen, nous résolûmes d'attendre un peu en raison de l'excellent état général de Mme S.., tout en exerçant une surveillance attentive et en déblayant l'intestin. Bien nous en prit, car trois semaines plus tard, nous revîmes Mme S... en meilleure santé que jamais ; ses douleurs abdominales avaient cessé après une évacuation, plus abondante que de coutume, de matières fécales noires et dures. La tumeur para-utérine n'existait plus. L'utérus avait un peu grossi. Depuis la grossesse a continué son cours normal et dans les meilleures conditions possibles.

Il s'était donc agi, chez Mme S..., d'une *accumulation de matières fécales dans le côlon ilio-pelvien*, d'une tumeur stercorale en un mot, simulant une grossesse extra-utérine et accompagnant en réalité une grossesse utérine normale.

La grossesse tubaire rompue peut encore être confondue avec bien d'autres affections abdominales, à début brusque et alarmant; nous en citerons quelques exemples comme curiosités.

**Observation LXX** (1). — *Malherbe. Grossesse tubaire rompue dans le péritoine, venant faire saillie au niveau du*

1. Rapportée par Camelot, dans sa thèse, obs. 68.

*canal vaginal et présentant tous les signes* d'une hernie inguinale étranglée. *Laparotomie latérale et ablation des annexes gauches* (*Soc. Anat., 11 janvier 1895*). *Résumé.*

Femme de 34 ans, prise brusquement de douleurs abdominales avec syncope; immédiatement, une hernie qu'elle avait devient douloureuse et tendue; vomissements, pouls incomptable.

Incision au niveau de la tumeur comme pour une hernie inguinale; sac très tendu qui, ponctionné, laisse écouler du sang liquide noirâtre; incisé, il est trouvé vide. Mais l'exploration du trajet inguinal à l'aide d'une sonde cannelée est suivie aussitôt de l'écoulement d'une quantité considérable de sang noir. On prolonge l'incision sur la paroi abdominale et on trouve tout le petit bassin rempli de caillots et de sang liquide; la trompe de ce côté a le volume d'une noix et présente une petite déhiscence à sa partie postérieure. Ablation des annexes gauches. Toilette du péritoine; drainage. Guérison.

La trompe mesure à peu près le volume d'une noix. En examinant en arrière, on trouve une petite déchirure irrégulière par laquelle s'est faite l'hémorragie. Ovaire scléro-kystique.

**Observation LXXI**. — *Michaux* (1) (*Soc. de Chir., 15 nov. 1893*). *Grossesse tubaire de trois ou quatre semaines, prise pour une hernie ombilicale étranglée.* Rupture du pavillon, avec petit œuf du volume d'un grain de raisin, et embryon de quatre semaines. Deux litres de sang dans le ventre. Guérison malgré l'infection que l'épanchement devait avoir subi par la trompe malade elle-même.

La *rupture de la rate, celle du pancréas* — et Withney (2) en rapporte un cas chez une femme de 32 ans

1. Rapportée par Cestan, dans sa thèse, p. 172.

2. Withney. *Boston medical*, 1894, p. 379.

— peuvent absolument être prises pour une rupture de grossesse ectopique. La réciproque du reste peut aussi se produire. Quant aux cas de grossesses tubaires rompues diagnostiquées *coliques néphrétiques ou hépatiques*, ils ne sont pas très rares; nous en donnons des exemples.

**Observation LXXII.** — Karl W. Dœge (1). *Kyste parovarique compliqué de colique néphrétique, simulant une grossesse ectopique.*

Résumé de l'observation : M^me^ A. H..., 28 ans, vigoureuse, d'excellente santé, mère de deux enfants, toujours très bien réglée. Ses dernières règles ne durèrent pas aussi longtemps et furent moins abondantes que normalement. Puis, au milieu d'une nuit, elle fut prise subitement d'une douleur extrêmement vive dans le côté droit de l'abdomen, accompagnée d'un shock profond : extrémités refroidies, frissons, facies altéré, nez pincé, température au-dessous de la normale, pouls à 92. A la palpation grande sensibilité dans la région hypogastrique et inguinale droite. A l'examen vaginal, très difficile à cause de la douleur qu'il réveille, on trouve un empâtement du côté gauche et, du même côté, on sent un certain nombre d'artères, gonflées et pulsatiles, à direction transversale. Malgré la persistance des règles, la malade se croit enceinte. Il n'y a alors aucun trouble urinaire. On pense alors à *une grossesse tubaire*. Au bout de quelques jours de traitement approprié, la malade fut complètement remise.

Le mois suivant, les règles revinrent à leur époque normale, mais le flux se prolongea et des hémorragies irrégulières lui succédèrent. Le jour où les règles s'arrêtèrent tout à fait, la malade fut prise, comme un mois auparavant, d'une crise semblable qui dura quatre jours.

Une semaine après on sentit à la palpation une masse très

1. K. Dœge. *Medical Record*, 14 septembre 1895.

sensible dans la région inguinale et hypogastrique droite ; à l'examen bi-manuel on trouva une tumeur kystique, presque au milieu du bassin, de la grosseur d'une orange, un peu mobile, accolée à l'utérus, très sensible à la pression et parcourue par de larges artères tortueuses. La matrice était un peu plus grosse que normalement.

Considérant la nature paroxystique et déchirante de la douleur, la présence d'une tumeur juxta-utérine encerclée de gros vaisseaux pulsatiles, le volume augmenté de l'utérus, et les divers troubles de la menstruation, on porta le *diagnostic de grossesse tubaire.*

A la laparotomie, on trouva un *kyste parovarique*, à contenu hématique ; le diagnostic clinique était donc faux.

Les suites opératoires furent excellentes et la malade allait quitter l'hôpital quand subitement elle fut reprise d'un accès douloureux semblable aux deux que nous avons déjà signalés. La morphine la soulagea rapidement et, le lendemain matin, elle était beaucoup mieux. Aucun trouble urinaire ne fut observé, si ce n'est une légère pollakiurie. Elle resta quelques jours de plus à l'hôpital et sortit aussi bien que possible.

Trois semaines après, le mari de cette femme apportait à la clinique un calcul typique que sa femme avait expulsé au milieu de grandes douleurs.

Le diagnostic était alors évident ; il s'était agi d'un *kyste parovarique compliqué de coliques néphrétiques.*

**Observation LXXIII** (1). — J. E. Œdham (*Americ. Journ.* juin 94). *Rupture tubaire prise pour colique hépatique.*

Femme de 30 ans ; un enfant il y a huit ans ; plusieurs crises douloureuses simulant des coliques hépatiques ; douze jours après, crise plus forte, collapsus profond. A l'examen masse à gauche et derrière l'utérus ; mort six heures après. Rupture de la trompe gauche, avec embryon et membranes.

1. Thèse de Cestan, p. 93.

**Observation LXXIV.** — *Grossesse extra-utérine diagnostiquée « énorme cholécystite »* par M. Tuffier (1).

« J'ai opéré il y a sept ans une femme qui, accouchée trois mois auparavant d'un enfant bien portant, présentait dans le flanc droit tous les signes d'une énorme cholécystite ; c'est dire que la tumeur était sous-hépatique et continue avec la matité du foie. Une laparotomie latérale me fit tomber sur des adhérences intestino-épiploïques ; la palpation à ce niveau me fit trouver une collision crépitante absolument nette. Il n'y avait donc pas de doute, il s'agissait d'*une cholécystite calculeuse*.

Dénudant avec précaution cette vésicule, je la vis couverte de cheveux ; je pensai à un kyste dermoïde, mais en voulant passer les doigts en-dessous de ce kyste, pour en faire le tour, j'accrochai un pédicule arrondi et je l'attirai peu à peu au dehors ; le kyste était la tête d'un fœtus macéré, le pédicule était le cou et le corps tout entier d'un fœtus ayant dépassé le huitième mois, le tout macéré dans un liquide brunâtre qui faisait ressembler le fœtus à un chat mort que l'on retire de l'eau. Je sectionnai le cordon et je me gardai bien de chercher à extraire le placenta. La poche fut drainée et l'opérée guérit parfaitement.

Ce fait peut être ainsi interprété : grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au huitième mois sans expulsion du fœtus et sans accident, puis grossesse normale. L'utérus en se développant, refoula le kyste fœtal extra-utérin jusqu'au foie, et, après accouchement normal du fœtus utérin, le kyste resta accroché à la région sous-hépatique où je le trouvai avec son contenu.»

Après toutes les observations si variées, que nous venons de rapporter, on voit combien il est facile de se tromper et de méconnaître une grossesse tubaire.

1. *Bull. de Soc. de Chir.*, 29 novembre 1904, p. 984.

Cependant dans la forme abdominale de la rupture tubaire, « on pense surtout à deux choses : *occlusion intestinale et péritonite*, et souvent on croit être à l'abri de l'erreur en faisant le diagnostic d'occlusion intestinale secondaire à une péritonite généralisée. Si on cherche la cause de cette péritonite généralisée, la première qui vient à l'esprit est l'*appendicite*. D'ailleurs, souvent dans l'inondation, les signes : douleurs, tension abdominale, matité, sont assez localisées pour faire croire d'emblée à l'appendicite ; cette erreur a été maintes fois commise. M. Legueu rappelle que, dans l'appendicite, il y a une vraie contracture localisée, qui existe moins nettement dans l'inondation péritonéale. Le facies est plombé. Dans la rupture, au contraire, le facies est pâle et il y a des syncopes. Nous croyons que, dans certains cas, l'examen de la langue est une source précieuse de renseignements. Il est bien rare que dans l'appendicite elle ne soit pas plus ou moins saburrale ; il est fréquent au contraire de la trouver rose et humide dans l'inondation péritonéale (1). »

Nous terminerons ce troisième chapitre en disant qu' « en présence de symptômes péritonéo-abdominaux graves, chez des femmes de 20 à 45 ans, on doit toujours rechercher les signes d'hémorragie interne souvent masqués par des symptômes secondaires. Si, à cet examen objectif, on peut ajouter des renseignements sur l'interruption des règles, la pensée d'une inondation péritonéale, d'une rupture tubaire, s'offrira d'elle-même à l'esprit (2). »

1 et 2 Thèse d'Aguinet, 1903, p. 54 et 56.

# DEUXIÈME PARTIE

Dans la première partie de notre travail, nous nous sommes efforcé de montrer combien souvent la grossesse tubaire était méconnue et comment elle pouvait être si facilement confondue avec presque toutes les affections génitales ou abdominales de la femme.

Dans cette deuxième partie, nous voudrions analyser individuellement chacun des symptômes de la grossesse tubaire pour arriver enfin, avec des caractères devenus aussi nets que possible, à poser un diagnostic ferme. Le diagnostic précoce da la grossesse tubaire est en effet du plus haut intérêt si l'on songe aux açcidents terribles qui peuvent, sans aucun signe prémonitoire, tout à coup se dérouler. Mais ce diagnostic est si difficile à établir dans les premiers temps de l'affection que Lawson Tait « doutait fort de ces grossesses ectopiques diagnostiquées et opérées avant la rupture. » Prior et Reynolds (1) sont du même avis. Mais J. Ross, Aveling, Barnes, Kelly, Skene, Wilson (2)

1. et 2. Cités par Cestan dans sa thèse.

prétendent au contraire que le *diagnostic peut et doit être fait;* c'est ce que nous allons essayer de prouver en analysant avec soin chacun des symptômes.

Nous allons diviser cette étude eu deux chapitres : dans le premier, nous décrirons la grossesse tubaire évoluant jusqu'à terme ou près du terme, sans avortement ni rupture.

Mais comme les signes sont extrêmement différents dans les premiers et dans les derniers mois de la grossesse, nous diviserons ce chapitre en deux paragraphes : Dans le premier nous nous occuperons de la grossesse tubaire avant la période des signes de certitude, et c'est surtout sur ce diagnostic précoce que nous insisterons; dans le deuxième paragraphe, nous décrirons la grossesse tubaire à la période des signes de certitude, avec enfant vivant ou mort.

Nous consacrerons le deuxième chapitre aux complications : l'avortement et la rupture. Nous étudierons d'abord cette forme de grossesse tubaire que nous avons qualifiée de « salpingienne » correspondant plus ou moins à l'hématosalpinx. Enfin nous terminerons par les symptômes de l'hématocèle bruyante.

# CHAPITRE I

Le diagnostic de la grossesse tubaire dans les premiers mois de son évolution est basé sur la présence, presque constante, des signes rationnels de la grossesse, et sur les signes physiques de la tumeur juxta-utérine. L'histoire de la maladie est telle, dans certains cas, qu'elle suffit à créer une forte présomption en faveur de l'affection. Mais il n'en est pas toujours ainsi, car dans la plupart des cas, l'histoire de la maladie est trompeuse et ne présente rien de particulier, si ce n'est des signes de grossesse : la femme se croit enceinte normalement.

La grossesse tubaire s'observe le plus souvent chez une multipare, qui n'a pas eu d'enfants depuis un temps déjà assez long. Elle est caractérisée par des phénomènes sympathiques, des troubles fonctionnels et des signes physiques.

Les signes rationnels de la grossesse se retrouvent donc habituellement dans la grossesse tubaire, mais ils peuvent cependant manquer ou être si peu marqués qu'ils passent inaperçus ; en général, ils ne sont jamais

aussi nets que dans la grossesse utérine ; ils sont plus marqués chez les femmes qui sont restées stériles pendant plusieurs années (1).

Ces symptômes sont les suivants :

Du côté des seins, la femme a remarqué une augmentation de volume, en même temps qu'elle a éprouvé des picotements et des élancements ; un peu de colostrum peut s'écouler à la pression ; l'aréole est plus pigmentée que normalement, les tubercules de Montgoméry se sont développés.

On observe aussi parfois des nausées, des vomissements, du dégoût pour certains aliments ou, au contraire, une recherche de certains mets bizarres. La sialorrhée précoce est un excellent signe de grossesse.

Les troubles du système nerveux : changement de caractère, tendances à la syncope, sont fréquents. Mais il est un signe qui se rencontre surtout dans la grossesse tubaire, c'est le *vertige*. M. Doléris a particulièrement attiré l'attention sur la fréquence de ce symptôme (2).

Quant à certaines pigmentations locales : masque de la grossesse, ligne brune abdominale, taches sur le cou, elles sont plutôt rares dans l'affection qui nous occupe.

A côté de ces signes de gravidité normale, nous trouvons des symptômes fonctionnels et physiques beaucoup plus intéressants et plus importants.

Les troubles fonctionnels comprennent : les hémorragies, les douleurs, les troubles de compression.

1. J. Brettaüer. Med. News, July, 1898. *The diagnosis and treatment of early tubal pregnancy.*

2. Thèse de Maur, 1903, p. 18.

Les Hémorragies. — L'apparition des premiers symptômes est toujours précédée d'un *arrêt de la menstruation*. Ce que l'on prend en effet ordinairement pour des règles modifiées ne sont que des pertes à caractères extrêmement variables ; M. Pinard (1) le déclare formellement : « Bien que des auteurs classiques et non des moins autorisés admettent que les règles peuvent se produire pendant la grossesse ectopique comme pendant la grossesse utérine, je ne saurais trop m'élever contre cette manière de voir. *La femme enceinte n'est pas plus réglée pendant la grossesse ectopique que pendant la grossesse utérine.* Il peut se produire pendant toute la grossesse des hémorragies utérines, mais ces hémorragies diffèrent toujours des hémorragies cataméniales physiologiques par le défaut de périodicité, aussi bien que la quantité et la qualité du sang perdu ». Et en effet, bien que dans quelques-unes de nos observations on n'ait constaté aucune perte sanguine, les hémorragies, dans la grossesse tubaire, sont des plus fréquentes et constituent un des symptômes les plus importants.

La femme croit alors à un simple « retard » de huit, quinze jours, quelquefois un mois ou six semaines, rarement davantage. Mais cette hémorragie se présente toujours avec des caractères particuliers qui n'échappent pas à l'esprit de la malade ; cette perte peut en effet être insignifiante ; elle peut aussi être abondante et s'arrêter brusquement ou, au contraire, se prolonger plus ou moins longtemps. De plus, ces pertes apparaissent et disparaissent, donnant ainsi l'illusion des

1. Pinard. *Semaine médicale*, 10 janvier 1894.

règles ; puis, après une hémorragie plus importante, survient un écoulement léger, qui peut devenir journalier (1). Il dure un mois et plus pour cesser quelques jours et revenir encore, avec ou sans douleurs, pendant plusieurs semaines. Ce suintement continuel est du sang noirâtre, avec de petits caillots épais, marc de café, ordinairement sans odeur fétide ; il peut être parfois plus clair et prend alors une teinte roussâtre, chocolat. Pour Bouilly, cette perte a tous les caractères du liquide trouvé dans la cavité tubaire au moment de la laparotomie et cet écoulement par le vagin cesse du reste aussitôt l'ablation de la trompe. « En revanche ni les injections ni le repos ne sont capables de la modifier. » La caractéristique de cette hémorragie est d'être peu abondante et continue. Ce symptôme ne manque jamais et il a une grande valeur séméiologique.

Weindler, de la Clinique de Léopold, et Blomberg, de la Clinique de Werth, ont dressé des *courbes* de ces pertes hémorragiques ; en les comparant avec d'autres courbes de règles normales, on s'aperçoit que les premières présentent des caractères tout particuliers qui permettent de diagnostiquer la grossesse tubaire (2).

Au milieu de ces pertes, il n'est pas très rare de trouver des lambeaux de peau blanche, de dimensions et de nombre très variables ; ce sont des débris de caduque.

« Parmi les signes qui permettent de faire le diagnostic de grossesse tubaire, il en est un sur lequel les auteurs ont particulièrement insisté, c'est l'expulsion d'une

1. C'est l'*Aménorrhée distillante* de Puech.
2. Sittner (*loc. cit.*).

membrane épaisse, accompagnée d'une perte plus ou moins abondante de sang. Cette expulsion de la caduque, qui est douloureuse, a pu en imposer quelquefois pour un avortement. Elle est assez fréquente (quoique Withney (1) dit ne l'avoir rencontrée que dans 7 pour 100 des cas) ; elle a lieu à un moment quelconque de la grossesse, soit au début, soit au contraire vers la fin, au moment dit du « faux-travail » et peut même quelquefois faire défaut, comme le montrent les observations de M. Pinard (2).

L'expulsion de cette caduque se fait de façon variable ; quelquefois cette membrane est expulsée en entier et reproduit le moule de la cavité utérine agrandie. On comprend donc que, pour un observateur peu attentif, cette expulsion puisse éveiller l'idée d'un avortement, et que ce moule de la cavité utérine représente assez bien pour lui un œuf jeune, dont l'embryon est passé inaperçu au milieu des caillots. Dans d'autres cas, cette membrane n'est expulsée que par lambeaux plus ou moins grands ; il faut alors les rechercher avec soin pour les découvrir au milieu des caillots et du sang noir que perd la malade.

L'expulsion de cette caduque se fait à un âge quelconque de la grossesse ectopique. Si l'on a pu dire qu'elle se faisait plus souvent dans les premiers mois, c'est que l'immense majorité des grossesses ectopiques n'évolue pas au delà de ces premiers mois.

Il est démontré que l'expulsion de la caduque n'implique pas la mort du fœtus, les observations

1. Sittner (*loc. cit.*).

2. *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine* ; 1872, Obs. III.

de M. Pinard le prouvent avec évidence, mais nous considérons comme possible la coïncidence de cette expulsion et des perturbations plus ou moins accusées du côté de l'œuf, telles que décollement ou hémorragie (1). »

A propos de l'expulsion de la caduque, qui a été souvent prise pour un cas de dysménorrhée membraneuse, Pilliet écrit : « Il est évident que l'expulsion d'une caduque utérine, quand l'œuf passe inaperçu dans la trompe, constitue un cas typique de dysménorrhée membraneuse. » Mais il faut avoir soin d'examiner attentivement les trompes et, si cela ne suffit pas, on aura recours au microscope. La présence de cellules déciduales dans les lambeaux permettra d'affirmer l'existence de la caduque.

Les Douleurs. — La douleur est le symptôme pour lequel les femmes veulent consulter ; elle est constante. Elle apparaît toujours après un « retard » ou une suppression des règles. Son intensité est variable, mais son début est le plus souvent *brusque et dramatique*. Elle commence avant ou en même temps que l'écoulement sanguin ; mais cesse en général bien avant lui pour revenir plus tard et surtout au moment des époques menstruelles.

Le siège de cette douleur est surtout dans le bassin, mais il est loin d'être toujours bien limité ; le plus souvent, les malades la localisent à la région ovarienne, elle est donc rarement médiane. De ce point, elle irradie vers les lombes, la région sacrée et le périnée, le pubis, la cuisse. Les irradiations lombaires sont peut-

1. Cazeau, Thèse de Paris, 1902 : *Études anatomiques des modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques.*

être les plus fréquentes ; elles obligent la malade à se tenir courbée pendant la marche. Les caractères de cette douleur sont très variables : elle est tantôt vive, lancinante, tantôt sourde, constante, térébrante ; tantôt elle n'apparaît que comme une simple pesanteur dans le bas-ventre et disparaît avec un peu de repos.

« Dans la plupart des observations, les douleurs prennent une allure spéciale qui leur a fait donner le nom de *coliques salpingiennes*. Le tableau en a été magistralement tracé par Landau. La malade, courbée en deux, applique les mains sur les régions iliaques, siège de douleurs profondes et diffuses, ou bien elle comprime les reins, ou elle éprouve une sensation de brisement. Les souffrances sont tellement intenses que les mouvements ne les augmentent pas, et qu'à chaque accès les patientes se tordent, s'agitent, cherchent dans des positions variées le calme qu'elles ne peuvent trouver. Elles poussent des cris déchirants : l'expiration anxieuse est entrecoupée de gémissements. Sous l'influence de ces efforts, les veines du cou et du front se gonflent, le visage se congestionne, le facies prend une expression des plus douloureuses. L'accès passé, les malades sont brisées, anéanties (1). »

Ces coliques sont souvent comparées aux douleurs de l'accouchement ; elles seraient dues à la contraction de la trompe qui chasse son contenu, et seraient suivies de ce que Labadie-Lagrave appelle une *vomique salpingienne*, c'est-à-dire l'évacuation au dehors du contenu tubaire.

Ces douleurs sont sujettes à des exacerbations par-

1. Thèse de Camelot, p. 60.

fois intolérables, surtout au moment des époques menstruelles. « C'est avant l'écoulement qu'elles commencent, c'est pendant l'écoulement qu'elles sont surtout violentes et puis graduellement elles diminuent (1). » A ces moments, il se fait des poussées inflammatoires qui contribuent à la formation d'adhérences entre la trompe gravide et les organes voisins. Le ventre alors se ballonne, est douloureux, et tout contact avec la paroi abdominale détermine de vives souffrances. Maur cite un cas où une femme ne put supporter pendant deux mois le contact d'une couverture ; Cazeau a remarqué que certaines malades ne pouvaient se coucher sur un côté. Puis le calme revient après ces accès et des femmes peuvent alors quitter le lit et vaquer à leurs occupations. Si le fœtus meurt, les douleurs peuvent disparaître, mais elles peuvent aussi revenir plus fortes que jamais et, près du terme, elles font penser au début du travail, c'est ce que l'on appelle le faux-travail. Pendant ces crises de coliques salpingiennes, le pouls est accéléré, mais il n'y a pas d'élévation de température.

Cette douleur en *colique,* unilatérale, a été décrite par Coë, comme signe pathognomonique de la grossesse tubaire ; cet auteur exagère peut-être un peu, mais il faut reconnaître cependant que dans la période du début, c'est après les hémorragies le meilleur des symptômes.

Phénomènes de compression. — La grossesse tubaire se développant dans le pelvis, entre la vessie et le rectum, donne naissance à des phénomènes de compres-

1. Thèse de Maur, p. 19.

sion. La vessie, poussée par le kyste fœtal, peut être déviée en bas, refoulée pour ainsi dire dans l'excavation ou au contraire être « entraînée dans la grande cavité abdominale, soit à droite, soit à gauche » (Pinard). Il en résulte des envies fréquentes d'uriner, de la pollakiurie, et de la dysurie qui achèvent de fatiguer la malade.

Mais les phénomènes de compression peuvent être prédominants du côté du rectum et se traduisent alors par une constipation opiniâtre, qui date du commencement de la maladie. Les alternatives de constipation et de diarrhée (Freund) ne s'observent que très rarement. Enfin nous devons signaler que la défécation est toujours pénible et parfois très douloureuse.

Signes physiques. — L'inspection du ventre à cette période de la grossesse ne révèle absolument rien d'anormal. La palpation pendant les deux ou trois premières semaines ne donne également pas de résultat, mais, un peu plus tard, on perçoit dans une des parties latérales du bassin une tumeur assez nette qui se développe vers l'hypogastre. A côté de cette première tumeur latérale, on peut en sentir une autre, voisine de la ligne médiane, c'est l'utérus hypertrophié qui présente parfois de légères contractions. « Cet organe subit des changements considérables : hypertrophie générale qui augmente sa cavité ; puis, c'est la muqueuse qui se modifie et produit la caduque, tandis qu'un bouchon muqueux oblitère le col. Au troisième mois, l'utérus est en général repoussé par l'œuf en avant » (Pozzi). Mais ces deux tumeurs, utérus et kyste tubaire, paraissent tantôt intimement soudées, tantôt, au contraire, séparées par un sillon plus ou moins profond.

Le kyste tubaire peut être, à cette époque, encore un peu mobile ; il est le plus souvent rénitent, quelquefois fluctuant.

Au toucher, on constatera que le col est un peu ramolli et parfois légèrement entr'ouvert ; il est aussi assez souvent porté derrière la symphyse pubienne et très haut, de sorte qu'il peut être difficile à atteindre avec le doigt.

A l'aide du palper et du toucher, on apprécie parfois très nettement les deux tumeurs dont nous venons de parler : l'utérus hypertrophié et ramolli, et le kyste tubaire. Celui-ci se présente sous la forme d'une masse à grand axe transversal et à grosse extrémité dirigée en dehors ; elle varie de la grosseur d'une noix à celle d'une orange, suivant l'âge de la grossesse ; elle est molle, élastique, unilatérale et peu mobile.

L'utérus est placé le plus souvent en avant du kyste, cependant il peut être refoulé en arrière ou déjeté du côté opposé au siège de la tumeur. Enfin l'utérus et le kyste peuvent faire corps ensemble, ne former qu'une grosse masse que l'on prend alors pour un utérus gravide.

Le toucher rectal, que l'on néglige peut-être trop, donne en général des renseignements assez précis sur la consistance de la tumeur iuxta-utérine et sur ses rapports avec l'utérus.

Comme on le voit, l'examen physique a une grosse importance à cette période de la grossesse tubaire. Un praticien, bien exercé au palper et au toucher, n'hésitera donc pas à porter un diagnostic ferme, lorsqu'après avoir constaté les troubles fonctionnels et généraux du début, il trouvera une tumeur salpin-

gienne avec les caractères que nous venons d'indiquer.

Le cours de la grossesse tubaire est le plus fréquemment interrompu dans les deux ou trois premiers mois par l'avortement ou la rupture. Si cependant la grossesse continue son évolution normale, nous verrons dès le cinquième mois les symptômes se préciser de plus en plus. Nous considérerons d'abord la grossesse tubaire, avec enfant vivant, pouvant aller de cette époque jusqu'au terme ou près du terme.

« Nous étudierons les faits qui indiquent la présence d'un produit de conception vivant et nous n'entrerons pas dans les détails généraux, afin d'éviter les répétitions des symptômes que nous avons décrits ; aussi rien que des particularités spéciales y seront notées.

Les troubles sympathiques et les troubles de compression deviennent de plus en plus marqués ; le ventre augmente de volume. Les douleurs et les pertes de sang, à partir du cinquième mois, diminuent ou même, dans quelques cas, disparaissent complètement. Elles ne se présentent toujours plus sous forme de crise comme à la première période ; le plus habituellement, elles reviennent de temps à autre, mais d'une façon insidieuse, les douleurs étant plutôt sourdes et l'écoulement presque insignifiant et rarement tenace.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'expulsion de la caduque peut se produire à cette époque, comme à toutes les autres de la grossesse tubaire.

Quant aux signes physiques ils prennent chaque jour une plus grande importance.

« L'inspection seule peut appeler l'attention, dans les cas où l'on voit le ventre irrégulièrement développé, la paroi abdominale lisse, comme distendue au niveau de

la tumeur fœtale. Mais c'est surtout *l'irrégularité du ventre* qui doit frapper au moment de l'inspection.

« Tantôt une seule tumeur apparaît nettement, mais cette tumeur n'a pas l'aspect de l'utérus gravide. Ce n'est point cette tumeur physiologique à grand axe longitudinal, inclinée à droite et ayant refoulé l'oreiller intestinal à gauche, comme cela a lieu le plus souvent, ou inclinée à gauche et ayant refoulé l'intestin à droite, comme cela se produit quelquefois ; c'est une tumeur de forme insolite, dont le siège ne paraît pas en rapport avec le développement de l'organe » (Pinard).

Quelquefois deux tumeurs sont visibles : la tumeur fœtale et l'utérus, d'autres fois le ventre est encore déformé par une troisième tumeur : la vessie pleine. Les deux premières tumeurs se différencient de l'intestin par leur matité à la percussion. Quant à la vessie il faut la vider avant de pratiquer l'examen (1).

« Presque toujours le palper fera percevoir une grosse tumeur de forme variable, mais ne possédant pas la mobilité du globe utérin. On sent la tumeur immobilisée, fixée le plus souvent dans le bassin, et quelquefois cette immobilité, cette fixité, peut être absolue, comme dans les cas où il y a adhérence totale du kyste fœtal avec les parties périphériques » (Pinard).

C'est en effet la fixité et l'immobilité de la poche tubaire que révèle la palpation abdominale ; on a bien cité des cas où cette poche tubaire était aussi mobile que l'utérus gravide dans une grossesse normale, mais ces cas sont tout à fait exceptionnels.

1. Wallich : Diagnostic de la grossesse extra-utérine : *Rev. d'Obst. et de Péd.*, sept. 1895.

Le kyste fœtal se trouve souvent à « fleur de peau » et si ses parois ne sont pas trop épaisses, on sent parfaitement bien les parties fœtales et l'on peut reconnaître les deux pôles du fœtus (1).

La tension intra-kystique est celle d'un utérus gravide, mais elle peut être beaucoup plus grande, dans les cas d'hydramnios par exemple. Le phénomène du ballottement fœtal est souvent facile à percevoir.

On doit toujours à côté de la tumeur que nous venons de décrire, rechercher l'utérus. Cet organe est toujours plus développé quand l'enfant est vivant, et l'hystérométrie a donné comme longueur de la cavité utérine 14 centimètres et demi (2). Cet utérus est distinct du kyste fœtal ou lui est intimement accolé; il présente souvent, au moment du palper, des alternatives de durcissement et de ramollissement et ces contractions sont parfois très fréquentes et très nettes.

Au niveau de la région iliaque, on peut sentir à la main un frémissement de même nature, mais plus fort que celui qu'on observe dans la grossesse normale.

A l'examen vaginal, on remarque une coloration violacée du vagin, sur laquelle Pichevin et Ross ont insisté.

Le ramollissement du col est constant pendant toute la durée de la grossesse ectopique, mais il n'est jamais aussi accusé que dans la grossesse normale. Le col est également élargi et entr'ouvert de sorte qu'il permet assez facilement le cathétérisme digital. Le toucher

1. M. Pinard nie cette superficialité du kyste.

2. Thèse de Ralli, p- 113.

combiné au palper permet de contrôler les sensations perçues par la palpation seule. L'utérus est hypertrophié et a une consistance plus molle que normalement. Mais ce ramollissement, pour Longyear (1), ne porterait pas sur l'isthme utérin ; *il n'y aurait donc pas dans la grossesse tubaire de signe d'Hégar*. Cet utérus se contracte sous la main. Les déviations de l'utérus et du col s'exagèrent à mesure que le kyste fœtal grossit. Celui-ci se présente sous la forme d'une masse grosse, arrondie, fluctuante ou rénitente. Elle est complètement immobile. « Horrocks (2) insiste sur ce fait que la tumeur est souvent pulsatile et en cite des observations. Meek (3) a vu dans un cas la tumeur non seulement *pulsatile,* mais offrant, lorsqu'on la saisissait entre le doigt vaginal et la main abdominale, des *sensations de contractions intermittentes,* bien nettes, pareilles à celles d'un utérus gravide. J. Brettaüer, de New-York, décrit le kyste tubaire comme « distinctement pulsatile et se contractant parfois pendant la palpation (4). »

L'auscultation des bruits du cœur n'est qu'un signe de certitude que la femme est enceinte, mais n'indique pas le siège de la grossesse.

Contrairement à l'avis d'Ernest Hartmann (5), qui dit que dans la grossesse tubaire le souffle utéro-placentaire est si rare que sa présence suffit pour justifier le

1. *Ann. of Gyn. and. Ped.*, Boston 1897.
2. Horrocks. *Ann. Journ. of Obst.*, janvier 1894.
3. Meek : *id.*..
4. Brettaüer. *Med. News.*, juil., 1898.
5. Ernest Hartmann : *British Med.*, 1888, p. 1152.

diagnostic de grossesse utérine, ce souffle maternel est souvent très net et a une véritable importance.

Tels sont les signes de la grossesse tubaire avec enfant vivant ; le diagnostic est en général beaucoup plus facile à cette deuxième période qu'au début de l'affection ; s'il persiste néanmoins quelque doute, il faudra faire un examen sérieux des troubles fonctionnels des premiers mois, qui indiquent une grossesse anormale, et ainsi on pourra faire un diagnostic sûr assez facilement.

Mais il est bien rare que l'enfant vive si longtemps dans sa poche tubaire, et *il finit par mourir entre le sixième et le neuvième mois*, et alors il se produit des phénomènes spéciaux que nous allons étudier.

Parmi les symptômes fonctionnels, il en est deux sur lesquels nous insisterons davantage, c'est le *faux-travail* et la *réapparition des règles.*

Quelquefois vers le septième ou huitième mois, le plus souvent quand la grossesse extra-utérine est arrivée à terme, on voit survenir une série de symptômes analogues à ceux qui marquent la période de travail dans un accouchement normal, et ces symptômes sont à ce point identiques que les femmes se trompent et croient qu'elles vont accoucher. M. Wallich *(loc. cit.)* s'exprime ainsi : « Lorsque les phénomènes de faux-travail se produisent à terme ou près du terme, alors que seul le diagnostic de grossesse a été posé, on attend au milieu de tous les préparatifs de l'accouchement, l'effacement et la dilatation du col qui ne se produisent pas. Après des heures et des jours d'attente, on est bien obligé de reconnaître que ce travail a été sans résultat.

« Alors de deux choses l'une, ou bien la grossesse extra-utérine sera par ce seul faux travail diagnostiquée, ou bien elle sera encore méconnue. Dans ce dernier cas, on verra la tumeur abdominale persister, le terme être dépassé, sans que le travail véritable survienne et l'on finira alors peut-être par penser à la grossesse ectopique. »

Avec les douleurs du faux travail, apparaissent des hémorragies peu abondantes qui cessent rapidement du reste. La main abdominale ne perçoit pas de tumeur se contractant au moment des douleurs et de plus le toucher, s'il montre un col dilaté, permet aussi de s'assurer de la vacuité de l'utérus par le cathétérisme digital (1). Ces phénomènes douloureux du faux-travail coïncident avec la cessation de la vie du produit de conception.

Aussitôt après la mort de l'enfant, il se produit, comme dans la grossesse normale, une montée laiteuse ; ce n'est plus du colostrum qui sort à la pression mais un lait épais et jaune. S'il y avait des vomissements, ils s'arrêtent, et, enfin, la mère ne perçoit plus les mouvements actifs de l'enfant.

Après la mort du fœtus, dans la grossesse utérine, les règles restent suspendues ; dans la grossesse tubaire, au contraire, les règles reviennent, avec tous leurs caractères de régularité, de quantité et de qualité, environ deux mois après cette mort. *Cette réapparition des époques menstruelles est un signe de la plus grande valeur* pour établir le diagnostic dans les cas de doute.

1. Thèse de Maur.

Les symptômes physiques, qui s'observent après l'arrêt de développement de l'œuf, sont les suivants : « Le kyste fœtal ou la tumeur constatée au voisinage de l'utérus présente le plus souvent le développement correspondant au volume de l'œuf, à l'âge où la grossesse a été interrompue, ce qui n'est pas toujours facile à établir. En effet, le volume du kyste fœtal peut ne pas s'accroître, mais il peut aussi augmenter. Il faut bien savoir que dans la grossesse utérine, on ne voit jamais après la mort du fœtus la quantité du liquide amniotique augmenter ; il n'en est pas de même *dans la grossesse extra-utérine, le liquide amniotique peut devenir plus abondant malgré la mort du fœtus.*

« Cet arrêt de développement de l'œuf entraîne plusieurs modifications des signes physiques que l'on rencontre dans la grossesse extra-utérine avec enfant vivant.

« Le ballottement fœtal peut être perçu encore assez longtemps après la mort du fœtus (pendant 6 semaines, dans un cas de M. Pinard) et quand il disparaît, on peut prouver la *crépitation osseuse des os du crâne,* qui chevauchent les uns sur les autres.

« Deux mois après la mort du fœtus, suivant M. Pinard, l'hypertrophie de l'utérus disparaît, cet organe subit une véritable involution, il devient plus difficile à délimiter. Enfin il faut noter, environ un mois après la mort du fœtus, la disparition de ce frémissement perçu à la main, donnant à l'auscultation un bruit de souffle avec renforcement, et paraissant correspondre au siège du placenta (1). »

1. Wallich (*loc. cit.*)

Si la mort du fœtus remonte à plusieurs années, pour arriver à faire un diagnostic exact, il faudra rechercher les plus petits détails dans l'histoire de l'affection. Le plus souvent, *ce sera une histoire d'une supposée grossesse normale, avec signes plus ou moins obscurs de faux-travail, après lequel les mouvements de l'enfant auront disparu et la tumeur observée aura peu à peu diminué de volume.* Une telle histoire, se rapportant à une tumeur développée au-dessus du ligament large, doit suffire pour porter le diagnostic de rétention d'un kyste fœtal extra-utérin. Ce diagnostic pourra du reste être contrôlé par la *radiographie* (1) qui, « dès le cinquième mois, pourrait rendre quelques services. »

Tels sont les symptômes de la grossesse tubaire évoluant sans accident.

1. Mauclaire. *Les grossesses tubaires*, 3 août 1904, *in Médecine Moderne.*

## CHAPITRE II

Nous allons étudier ici les deux complications de la grossesse tubaire, l'avortement et la rupture. L avortement se fait ordinairement sans symptômes bruyants, parfois même presque silencieusement ; il y a bien certes un début brusque, mais cette douleur vive n'est pas de longue durée et ne s'accompagne pas habituellement de phénomènes généraux très inquiétants. Quand l'hémorragie interne n'est pas abondante, la rupture tubaire peut présenter un tableau clinique identique, et alors elle est méconnue et prise pour l'avortement tubaire. C'est par ces deux formes de complications, *formes salpingiennes de la grossesse tubaire,* que nous allons commencer.

Depuis quelque temps déjà la femme est souffreteuse ; il y a une perturbation menstruelle évidente et un écoulement journalier qui ennuie ; quelques phénomènes sympathiques de gravidité font croire à la femme qu'elle est enceinte, mais elle n'est pas enceinte *comme d'habitude,* elle souffre constamment dans le bas-ventre, elle a des *coliques* ; de plus elle est très constipée et la

défécation est très douloureuse ; les envies d'uriner sont devenues fréquentes et douloureuses aussi. En somme, on a devant les yeux le tableau clinique de la grossesse tubaire évoluant sans accident ; mais, rien n'est caractéristique jusqu'au moment où une crise aiguë révélera l'interruption de cette grossesse par l'une des complications suivantes : avortement ou rupture.

L'avortement aussi peut être le premier symptôme d'une grossesse tubaire méconnue, mais le plus souvent cependant il est précédé par cette série de symptômes indiqués, qui ont attiré l'attention vers les annexes, et si le diagnostic de grossesse tubaire n'est pas encore fait, il le sera aussitôt que la crise se manifestera.

« Dans sa forme la plus légère, cette crise se réduit à des phénomènes péritonéaux atténués, à une métrorragie douloureuse, succédant à un retard, différente d'une menstruation normale et accompagnée de l'expulsion d'une caduque qui peut faire croire à une manifestation de dysménorrhée membraneuse, comme nous l'avons déjà dit plus haut, Ces signes sont généralement en rapport avec la formation d'un *hématosalpinx*, qu'on recherchera par l'examen bimanuel, ou d'une *hématocèle de petit volume*.

« La forme qui correspond à l'avortement tubaire est caractérisée d'abord par des douleurs et des métrorragies. Les douleurs progressives, ou plus souvent à début brusque, sont hypogastriques avec irradiations sacro-lombaires, affectent ordinairement la forme de crises aiguës et s'accompagnent d'une réaction péritonéale plus ou moins intense : nausées, ballonnement

du ventre, dysurie, etc. Les métrorragies sont en général peu abondantes, mais itératives, constituées par du sang rouge d'abord, puis quelquefois foncé, quelquefois fétide ou à odeur lochiale. Ces douleurs et ces pertes sont l'indice du décollement de l'œuf qui se complète bientôt ; puis survient l'irruption sanguine dans le péritoine, dont le tableau symptomatique rappelle exactement, ou plutôt *avec des teintes atténuées*, celui de la rupture (1). »

Tels sont les signes fonctionnels dans cette forme « salpingienne » de la grossesse tubaire. Nous devons faire ici remarquer que dans bon nombre de cas, ils ne se présentent pas avec des caractères aussi nets, et que souvent leur retentissement sur l'état général est à peine sensible. Mais *il est cependant exceptionnel qu'on ne les observe pas* ; toujours ils suffisent à attirer l'attention du médecin vers l'appareil génital, dont l'examen direct lui révélera une série de signes physiques importants.

Ces signes physiques seront reconnus par le palper combiné au toucher vaginal ; l'anesthésie chloroformique rendra cette exploration bien plus aisée et empêchera des accidents graves, telle que rupture de la trompe, qu'un examen sans ménagement pourrait provoquer.

« La palpation permet de reconnaître l'existence constante de la douleur dans la région ovarienne, soit d'un côté (cas le plus fréquent), soit des deux côtés ; quelquefois elle permet en outre de constater l'existence d'une tumeur. Si celle-ci est volumineuse, si elle

1. *Le Dentu et Delbet*, t. X, p. 930.

est entourée de dépôts plastiques d'origine inflammatoire, on la sent facilement ; mais d'ordinaire, il faut une palpation attentive et profonde pour découvrir la tumeur et bien souvent cette palpation ne réveillera que de la douleur et ne fera absolument rien sentir.

Le toucher vaginal révélera d'abord les modifications de consistance et de situation du col que nous avons décrites déjà : la mobilisation de l'utérus pourra être douloureuse, s'il existe des adhérences. Si l'on est en présence d'une *fausse couche tubaire des toutes premières semaines* le doigt explorateur ne fera reconnaître aucune masse, aucune tuméfaction circonscrite, mais, pourtant, il y a *quelque chose,* un empâtement vague dont le toucher révèlera un peu de sensibilité, en arrière et sur un des côtés (Lejars) mais la tumeur salpingienne est souvent perceptible d'une façon nette ; elle varie entre le volume d'une noix et celui d'une orange. L'un des culs-de-sac latéraux et le cul-de-sac postérieur sont effacés par une tuméfaction dont il est difficile parfois de préciser les caractères. Le toucher réveille à ce niveau une vive douleur, mais rarement aussi « exquise » que dans le pyosalpinx.

Par l'examen bimanuel, on sent dans les cas typiques une tuméfaction allongée transversalement en forme de massue, à grosse extrémité dirigée en dehors, à extrémité interne rattachée à l'utérus par un pédicule rétréci. La constatation de cette continuité de la tumeur avec la corne utérine a, pour le diagnostic des collections tubaires, une importance considérable que Martin (de Berlin) et Delbet ont bien mis en lumière. La tumeur est ordinairement immobile à cause des adhérences, mais parfois « on perçoit une sorte de mobilité

obscure dont l'importance est encore très grande. » (Delbet) (1).

La fluctuation peut s'observer pendant quelque temps après l'accident, mais la consistance de la masse est cependant plutôt ferme.

Dans la plupart des cas, les caractères de la tumeur salpingienne ne sont pas aussi nets que nous l'avons dit. Cette tumeur est irrégulière, noueuse, bosselée ; elle est séparée de l'utérus par un sillon plus ou moins profond ; elle n'est pas franchement latérale, mais rétro-latérale, car elle envahit le plus souvent une partie du cul-de-sac de Douglas.

Si la tumeur est placée en avant ou au-dessus de l'utérus, les caractères sont tout ce qu'il y a de moins précis ; et quand la réaction péritonéale a été intense, quand les adhérences sont nombreuses et étendues, on ne sent plus qu'une masse attenant à l'utérus et aux autres organes pelviens qu'il est très difficile de délimiter et de caractériser.

Un signe important à signaler, c'est l'augmentation intermittente du volume de la tumeur ; cette augmentation correspond assez vraisemblablement aux époques menstruelles. Ce fait a été observé d'une façon particulièrement nette, dans un cas de Terillon, même par la malade elle-même : celle-ci, pendant trois ans, à chaque retour des règles, a vu apparaître une petite tumeur dure, grosse comme un œuf, qui devenait imperceptible dans l'intervalle des menstruations. La consistance de la tumeur variait dans le même sens que le volume.

1. Thèse de Camelot

A cette augmentation de la tumeur correspond, quelques jours après, une diminution de la poche tubaire par suite de l'évacuation plus ou moins complète de son contenu par l'utérus : c'est l' « hydrops tubœ profluens sanguinolentus ».

L'état général de la malade est, dans la plupart des cas, satisfaisant ; on note toutefois une altération passagère du facies au moment des crises douloureuses. Une aggravation brusque, mais persistante, de l'état général est toujours l'indice d'une grave hémorragie intrapéritonéale, mais alors c'est le tableau classique de l'hématocèle, et non plus celui de la forme qui nous occupe.

« La température des malades est parfois normale ; point intéressant à noter, elle atteint souvent pendant quelques jours 38°, mais s'élève très exceptionnellement à 39° ; je n'ai rencontré qu'une seule fois une température aussi élevée. C'est plutôt une cause d'erreur, et nos observations nous apprennent que 38° est un maximum rarement dépassé. » (1)

La marche de l'hématosalpinx est le plus souvent insidieuse, et au bout de quelques mois, tous les troubles fonctionnels et sensitifs, ainsi que les signes physiques, peuvent avoir disparu, l'œuf et l'épanchement sanguin se sont résorbés. Mais souvent aussi l'évolution est progressive, de sorte que les douleurs et les autres troubles fonctionnels s'aggravent. A chaque période menstruelle, ces troubles s'exagèrent, c'est l'allure par *saccades*, de Bernutz. Mais ces poussées successives finissent par laisser derrière elles une aggravation

1. Vignard. *Diagnostic de l'avortement tubaire* : *Gaz. Méd. de Nantes*, 3 janvier 1903.

persistante, et l'organisme qui, pendant une période très prolongée, a pu montrer vis-à-vis de ces troubles une grande tolérance, se laisse à la longue influencer ; nous voyons alors apparaître les phénomènes généraux: troubles digestifs et nerveux, qui, joints aux douleurs de plus en plus accusées, dépriment l'état général et amènent graduellement les malades à un état de faiblesse très marquée.

Enfin il est bon nombre de cas où la marche de cette collection tubaire est presque foudroyante ; l'hématosalpinx s'est transformé en une hématocèle péritonéale. Nous y reviendrons dans un instant.

La durée de cette *forme salpingienne* de la grossesse tubaire est donc fort variable ; en général, elle est peu longue, car, à la suite des douleurs, de plus en plus vives, la femme vient réclamer une intervention (Observation de Jonnesco) ; mais il arrive aussi que la durée soit beaucoup plus longue, de plusieurs années (huit ans dans l'observation de M. Reclus).

En revanche, il est certaines complications, d'ordre inflammatoire, qui sont susceptibles de hâter singulièrement la marche de l'hématosalpimx.

Parmi les plus fréquentes, signalons l'inflammation du péritoine tapissant le petit bassin. Elle se fait par poussées successives et détermine parfois des phénomènes assez graves : douleurs vives, ballonnement du ventre, vomissements, etc... Ces phénomènes se calment en général au bout de quelques jours, mais laissent à leur suite des adhérences qui seront le point de départ de tiraillements douloureux, et constituent un excellent terrain pour une nouvelle poussée inflammatoire.

Citons encore d'autres terminaisons de cette grossesse tubaire avortée : La trompe pourrait se vider par l'utérus, mais fréquemment, après cette évacuation, la collection se reforme comme dans le cas de Terillon, que nous avons cité tout à l'heure. D'autres fois, la résorption du sang enkysté se produit, mais ce n'est que dans les formes toutes jeunes et encore, cette terminaison est-elle peu fréquente. Enfin, la transformation de l'hématosalpinx en hydro-salpinx serait assez fréquente, d'après Guesmes. Il semble qu'il convient de faire beaucoup de réserves sur ce cas bizarre.

La transformation purulente de la collection enkystée se réalise bien plus facilement. En effet, le voisinage de la cavité utérine rend toujours aisée cette infection secondaire. Dès lors, ce n'est plus à un épanchement sanguin que nous avons affaire, mais à une collection purulente dont l'évolution et la symptomatologie ne diffèrent guère de celle du pyo-salpinx ordinaire. C'est dire tout le danger de cette complication : l'apparition de la fièvre hectique, la formation de fistules, l'épuisement rapide, en seront la conséquence (1). (Nous nous permettrons à ce sujet une petite réflexion : en considérant combien est fatale l'infection secondaire de la collection sanguine dans la trompe, nous nous demandons si bien des pyosalpinx que l'on met si volontiers sur le compte du gonocoque, n'ont pas tout simplement pour point de départ une grossesse tubaire avortée et méconnue. Cette idée demanderait à être vérifiée par des examens attentifs).

En présence d'une pièce d'hématosalpinx, on peut,

1. Tout ce chapitre est un résumé de la Thèse de Camelot, p. 56 à 75 .

presque à coup sûr, affirmer l'origine gravidique de la collection tubaire ; cependant nous indiquerons les bases de ce diagnostic, d'après Pilliet et Baudoin (1). Ces auteurs se fondent : 1° sur la disparition de la muqueuse en un point circonscrit ; une pareille destruction de la muqueuse ne pouvant guère s'expliquer en dehors de la placentation ; 2° sur l'abondance de cellules interstitielles, chargées de pigment jaune ; 3° sur la présence, dans la paroi tubaire, d'un lacis vasculaire composé de vaisseaux très dilatés et présentant, principalement les artères, des phénomènes d'oblitération très semblables à ceux qu'a décrits Mayor dans l'utérus après la chute du placenta.

Avant d'en arriver à la grande hématocèle, disons un mot de l'hématocèle extra ou sous-péritonéale. Elle succède à une rupture de grossesse tubaire, que le développement de celle-ci soit extra ou intraligamentaire ; mais c'est une complication assez rare.

L'épanchement est parfois considérable ; il décolle alors les deux feuillets du ligament large, fuse à travers le tissu cellulaire et peut gagner le ligament large opposé, la fosse iliaque et même la fosse ischio-rectale (Lejars). Beigel a décrit des éclatements secondaires du péritoine, et l'hématocèle sous-péritonéale donnerait naissance à l'hématocèle intra-péritonéale.

L'utérus est en général repoussé en haut dans la cavité abdominale et très refoulé du côté opposé. La collection fait saillie dans le cul-de-sac correspondant et sur la paroi latérale du vagin. C'est une tumeur molle plutôt que fluctuante ; elle peut donner lieu à la

1. *Soc. Anat.*, 1891.

crépitation sanguine. On peut constater par le toucher rectal que le Douglas est libre. La pression du ligament large sur le rectum se traduit par un rigoureux ténesme rectal. C'est ce que l'on a appelé le signe de Tait (1) dans l'hématocèle pelvienne.

On peut confondre cette hématocèle avec une tumeur du ligament large, comme nous l'avons rapporté déjà dans la première partie. Le diagnostic se fera bien plus par les anamnestiques et le mode de début que par les signes fournis par l'examen physique. Abandonnée à elle-même, l'hématocèle pelvienne guérit le plus souvent; il peut se faire qu'elle suppure; elle donne lieu alors à un phlegmon du ligament large, à un abcès de la fosse iliaque ou de la fosse ischio-rectale.

C'est une complication en général peu grave par elle-même et qui souvent fera faire un diagnostic de grossesse tubaire, jusque-là méconnue.

Nous sommes arrivé maintenant à la complication vraiment dramatique de la grossesse tubaire, à l'hématocèle rétro-utérine. C'est la complication la plus redoutable de cette affection et c'est aussi un de ses modes de terminaison assez ordinaire. L'hématocèle peut succéder à l'avortement, mais le plus souvent c'est le fait de la rupture tubaire.

Cette rupture de la trompe gravide peut se produire à toutes les époques de la grossesse, mais elle est bien plus fréquente dans les premiers mois ; « 42 fois, sur 46 cas, elle se serait faite entre la troisième et la sixième semaine et plus souvent vers cette dernière époque ».

1. Strachan : *Extrauterine pregnancy*, p. 41; (cité par Longyear, *in Ann. of gyn. and ped.*, Boston, 1897).

(Bouilly). Les phénomènes qui l'accompagnent peuvent être de plusieurs sortes : aigus, subaigus ou chroniques. Nous ne nous occuperons que des deux premiers, ayant déjà étudié plus haut l'hématocèle, qui se fait par étapes successives et qui rentre dans la *forme salpingienne* de l'affection.

« Les accidents aigus, foudroyants, sont les plus fréquents, c'est la *forme cataclysmique* de l'hématocèle. La rupture du kyste se produit brusquement, sans phénomènes prémonitoires et s'accompagne d'hémorragie intra-péritonéale, qui peut être rapidement mortelle ».

« M. Pinard rapporte, dans ses leçons, l'histoire d'une jeune dame chez qui une grossesse extra-utérine des premiers mois avait été diagnostiquée ; l'intervention proposée avait été remise, quand un soir, en arrivant à l'Opéra, cette dame ressentit tout à coup une vive douleur dans le bas-ventre, et elle mourait en quelques instants, présentant tous les symptômes d'hémorragie interne (1). »

« Une douleur soudaine et extrêmement vive se fait sentir : localisée d'abord, elle irradie bientôt dans tout le ventre, la figure pâlit, les nausées, les vomissements, le hoquet surviennent fréquemment, le refroidissement se montre, le pouls est petit et fréquent ; tels sont les principaux traits par lesquels se manifeste la rupture du kyste fœtal. Quelquefois la mort presque subite en est la conséquence ; dans d'autres cas, le collapsus peut durer plusieurs heures, et même la vie peut persister pendant plusieurs jours (2).

1. Wallich (*loc. cit.*).

2. Pinard. (Artic. grossesse, *Dict. encycl. des Sc. méd.*).

Étudions individuellement chacun des symptômes. La douleur est extrême et donne la *sensation d'un déchirement, d'un arrachement* dans le bas-ventre ou dans la région lombaire. Cette douleur, moins vive, peut faire croire à une colique néphrétique ou hépatique, comme nous l'avons noté dans notre première partie ; elle est en général unilatérale et fait penser, quand elle siège à droite, à une crise appendiculaire ; elle irradie parfois vers l'épigastre (confusion avec la perforation de l'estomac) et même le thorax, plus fréquemment vers le périnée et les cuisses.

La durée de cette douleur est variable ; elle peut disparaître aussi rapidement qu'elle est apparue ou, au contraire, se prolonger pendant plusieurs heures.

« Les signes d'*hémorragie interne* proprement dite sont la pâleur du visage et de tout le corps, la décoloration des muqueuses, le refroidissement des extrémités et les sueurs froides. Une soif vive, des frissons, quelquefois de l'horripilation, traduisent aussi la perte abondante de sang et le refroidissement général. Ces symptômes évoluent progressivement ou brusquement, la malade tombe en syncope. Le pouls devient petit, rapide ou disparaît complètement.

« La température subit un abaissement d'un à deux degrés au début des accidents. S'il y a plusieurs crises, une élévation thermique peut, au contraire, se produire au moment même de chaque hémorragie ; elle est alors fonction de la réaction péritonéale et non de la résorption. « Une faible élévation de température, dit Longyear, hors de proportion avec les autres

symptômes, est caractéristique de la rupture d'une grossesse tubaire (1). »

Quant aux troubles respiratoires ils passent au second plan dans ce tableau clinique effrayant. Gauthier, dans sa thèse, signale la dyspnée. « Le jeu de la respiration peut être intéressé ; il y a alors une grande dyspnée avec respiration superficielle et mouvements respiratoires précipités ; ce sont encore des phénomènes d'ordre réflexe. »

La *respiration gênée* et l'*état anxieux* sont signalés assez souvent ; une malade de M. Lejars présentait « des étouffements (2). »

Cette gêne respiratoire est due à une action réflexe, comme le prétendent dans leurs thèses Gauthier et Choyan, et le prouve l'observation d'une malade de M. Auvray chez laquelle cette dyspnée disparut aussitôt l'anesthésie générale.

Aguinet invoque en plus comme facteurs, la diminution brusque du champ de l'hématose et l'anémie bulbaire. En tous cas, cette dyspnée réelle, avec sensation d'étouffement, est ordinairement d'un pronostic très grave.

Du côté du tube digestif, les troubles sont aussi très fréquents. Le facies péritonéal s'observe presque toujours, des phénomènes d'occlusion apparaissent : arrêt des matières et vomissements La diarrhée aurait pourtant été signalée. (Auvray, obs. XVI d'Aguinet).

Le ténesme rectal se retrouve dans plusieurs de nos observations. Le ténesme vésical est aussi commun ;

1. Aguinet. Thèse Paris, p. 37.

2. *Gaz. des Hôp.*, 16 janvier 1902.

Muret a observé la rétention d'urine et Gauthier de l'anurie.

« Tout ces signes réunis s'accompagnent en général d'une brusque dépression de l'état général, syncope, collapsus ou coma. Mais la conscience et la connaissance peuvent être absolument conservées. Parfois même les symptômes douloureux ou dyspnéiques prédominant, des patientes, au lieu de se trouver en état de mort apparente, restent dans un état d'angoisse et d'anxiété qui n'est calmé que par une intervention thérapeutique. L'angoisse est surtout fonction de la douleur. L'anxiété est en grande partie sous la dépendance de phénomènes psychiques, dont l'importance n'est souvent pas à négliger, chez des femmes à tempérament nerveux, tombant brusquement dans un état voisin de l'agonie » (Aguinet).

Avant d'arriver aux signes physiques, notons quelques autres troubles divers : le *vertige* serait très fréquent, les bourdonnements d'oreilles et les troubles de la vue ne sont pas non plus très rares.

Dick, de Berne, décrit comme symptôme d'hématocèle la présence d'urobiline dans l'urine avec ictère brun (1).

Campenon, comme nous l'avons déjà rapporté, à propos du diagnostic entre l'hématocèle et la rupture du pyosalpinx, attire l'attention sur ce fait que, dans l'hématocèle, la glace est ordinairement mal supportée, que souvent même elle exaspère les douleurs et finalement doit être supprimée. (2)

Aussitôt après l'accident, le toucher vaginal ne révè-

1. 2. Signalés par Krien dans sa thèse, p. 35.

lera que peu de chose. « Vague empâtement des culs-de-sac, masse liquide fuyant le doigt, déplacement léger ou nul de l'utérus, col entr'ouvert et ramolli, matité à la percussion dans les grands épanchements, voilà tout ce que révèlera un examen difficile sur un ventre très douloureux et ordinairement ballonné (1) ».

Mais cependant on sent ordinairement une masse, peu facile à limiter évidemment, qui remplit le petit bassin le déborde même, et repousse l'utérus en avant. Cette masse, en outre, refoule le cul-de-sac vaginal postérieur et proémine dans le vagin. Dans certains cas, au milieu de cette masse d'abord fluctuante, puis qui acquiert une consistance rappelant celle de la neige, on peut encore percevoir la tumeur salpingienne plus ou moins modifiée ; on peut aussi éprouver la sensation très nette de caillots dans le cul-de-sac de Douglas (Jacobs).

La fluctuation peut être perçue par le palper combinée au toucher. A la percussion, on constate du tympanisme, excepté parfois au niveau d'un des flancs, où il est remplacé par de la matité. Cette matité, due à l'épanchement sanguin considérable, pourrait même varier avec la position de la malade (Longyear).

Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on a pu décrire à l'hématocèle, à côté de la forme commune, cataclysmique, que nous venons d'étudier, un assez grand nombre d'autres modalités cliniques ; nous ne ferons que les citer, car l'adjectif qui les qualifie, suffit à les caractériser. Ces formes sont les suivantes : 1° forme douloureuse ; 2° forme syncopale ; 3° forme

1. Cestan, *loc. cit.*

dyspnéique ; 4° forme péritonitique ; 5° forme d'occlusion intestinale ; 6° forme abortive. Elles ont du reste fait l'objet de notre étude dans la première partie de ce travail, à propos du diagnostic différentiel.

La malade, qui vient de subir cette terrible crise, peut mourir soudainement, dans l'espace d'une demi-heure ou d'une heure ; mais ces cas sont rares et la malade résiste d'habitude un ou plusieurs jours. Elle peut aussi guérir si la crise est unique ; mais s'il en revient une seconde ou une troisième, la mort est certaine.

« Cependant la rupture du kyste n'a pas toujours une terminaison fatale. Après l'ictus du début, la douleur brusque ressentie dans un des côtés du bas-ventre, la défaillance qui accompagne l'hémorragie interne, les accidents s'amendent. L'hémorragie s'est limitée, formant un épanchement dans le péritoine pelvien, épanchement dont les dimensions sont très variables ; mais il peut, le plus souvent, être accessible à l'examen par le palper, ainsi qu'au toucher combiné au palper.

« Il se produit des phénomènes péritonitiques, lesquels vont aboutir soit à une péritonite localisée adhésive, entraînant l'enkystement du caillot (c'est alors la *forme salpingienne* que nous avons étudiée), soit à une péritonite généralisée avec toutes ses conséquences. Ce sont là les symptômes classiques de l'hématocèle péri-utérine, les accidents subaigus qui peuvent accompagner la rupture du kyste de grossesse extra-utérine.

« Dans les accidents suraigus, foudroyants, *on n'a*

*pas le temps d'intervenir ; mais l'intervention est la seule chance de guérison* lorsque la femme échappe à ces premiers accidents, et qu'on se trouve en présence des accidents subaigus ou chroniques dont nous venons de parler. » Wallich (*loc. cit.*).

## CONCLUSIONS

1° La grossesse tubaire se présente sous des aspects si variés qu'elle est très fréquemment méconnue.

2° L'avortement et la rupture arrêtent le plus souvent son évolution dans les deux premiers mois. Il n'est pas rare que ces accidents, survenant sans symptômes très bruyants, soient diagnostiqués « fausse couche » au moment même où ils se produisent. Plus tard, lorsque la trompe, les débris de l'œuf et le sang épanché tout autour ont formé une masse plus ou moins organisée, qu'en un mot la grossesse tubaire a pris une *forme salpingienne*, c'est avec l'annexite banale ou suppurée qu'elle est ordinairement confondue. Cette « forme salpingienne » peut durer de nombreuses années (1); mais comme il ressort de nos observations, ces formes à longue évolution semblent le plus souvent nécessiter encore l'intervention.

1. Obs. 34. M. Reclus (Avort. tub. remontant à huit ans).

3° Lorsque la grossesse tubaire évolue sans accident jusqu'à terme ou près du terme, elle peut être prise pour une rétroflexion, rétroversion, latéro-flexion d'un utérus gravide ou non.

Lorsque l'œuf se développe dans un utérus double ou dans une corne rudimentaire de l'utérus, on porte souvent le diagnostic de grossesse tubaire. Il est encore des cas fort curieux où la grossesse normale est prise pour une grossesse tubaire et réciproquement la grossesse tubaire pour une grossesse utérine.

La grossesse tubaire est aussi dans des cas assez nombreux étiquetée fibrome de l'utérus ou kyste de l'ovaire.

4° L'avortement et la rupture tubaire à grand fracas peuvent être parfaitement simulés par la torsion du pédicule d'une salpingite ou la rupture d'un pyosalpinx ou d'un kyste ovarique.

La rupture d'une grossesse tubaire droite est fréquemment diagnostiquée appendicite. Mais, si une crise appendiculaire survient chez une femme enceinte, on est tout enclin à croire à une grossesse ectopique rompue.

L'occlusion intestinale prête également souvent à confusion.

Enfin la coexistence d'autres affections, telles que hernies étranglées, coliques néphrétiques ou hépatiques, qui n'ont qu'un rapport lointain avec la grossesse tubaire, suffit également parfois à la faire méconnaître.

Diagnostic Positif. — La grossesse tubaire est une affection que l'on observe de plus en plus et dont le diagnostic précoce est de la plus haute importance.

Comment donc arriver à le poser d'une façon presque certaine dans les cas difficiles ?

1° Il faut avant tout que le médecin qui examine une femme pour troubles pelviens, pendant la période d'activité génitale, pense à la possibilité d'une grossesse tubaire ; car s'il attend des symptômes pathognomoniques pour faire son diagnostic, il a beaucoup de chance pour ne le faire jamais.

2° Chez une telle femme, une crise soudaine caractérisée par des hémorragies irrégulières survenant après un retard de règles plus ou moins long, et par des douleurs violentes, unilatérales, au niveau d'une région annexielle, qui peuvent aller jusqu'à produire la syncope, suffisent en général pour mettre sur la voie du diagnostic.

3° Ce diagnostic est confirmé alors : *a*) par la nature paroxystique des douleurs ; *b*) par les caractères très nets de l'écoulement qui est peu abondant, mais continu, journalier, s'arrêtant quelques jours pour revenir ensuite ; *c*) parfois, par l'expulsion d'une caduque, et enfin *d*) par l'examen physique qui fait reconnaître une masse salpingienne unilatérale, plus ou moins volumineuse et peu sensible au toucher en dehors des crises.

4° A une période plus avancée de son évolution, lorsque la grossesse a été manifestement reconnue, l'existence de deux tumeurs dans le bassin, l'une plus grosse latérale, l'autre plus petite et plus médiane, ordinairement repoussée en avant de la première, et surtout les troubles de la période du début suffiront pour préciser la nature de la grossesse.

Nous nous résumons en disant que le diagnostic de

la grossesse tubaire, même au début, *peut et doit être fait*. Il le sera chaque fois que 1° on aura pensé à cette affection; 2° on aura recherché avec soin les caractères si particuliers du début en insistant tout spécialement sur les troubles de la menstruation.

---

Vu : le Président de la thèse
RECLUS

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

# TABLE DES OBSERVATIONS

**Grossesse tubaire diagnostiquée fausse couche utérine.**


Obs. I. — Lejars . . . . . 11
Obs. II. — Labey . . . . . 12
Obs. III. — Couvelaire . . . . . 14
Obs. IV. — Pinard . . . . . 16


**Grossesse tubaire diagnostiquée salpingite chronique ou catarrhale.**


Obs. V. — Jayle . . . . . 19
Obs. VI. — Cestan . . . . . 20
Obs. VII. — Mauclaire et Weinberg . . . . . 21
Obs. VIII. — Thiébaut . . . . . 22
Obs. IX. — Thiébaut . . . . . 23
Obs. X. — Doléris . . . . . 25


**Grossesse tubaire diagnostiquée pyosalpinx.**


Obs. XI. — Baldy . . . . . 26
Obs. XII. — Picqué et Charrier . . . . . 26
Obs. XIII. — Tillaux . . . . . 28
Obs. XIV. — Prior . . . . . 29
Obs. XV. — Œdham . . . . . 29
Obs. XVI. — Camelot . . . . . 30
Obs. XVII. — Hanks . . . . . 32
Obs. XVIII. — Pilliet et Auvray . . . . . 33
Obs. XIX. — Chaput . . . . . 34

Obs. XX. — Lejars (*Inédite*) . . . . . 36
Obs. XXI. — Lejars (*Inédite*) . . . . . 37
Obs. XXII. — Lejars (*Inédite*) . . . . . 38
Obs. XXIII. — Lejars (*Inédite*) . . . . . 39
Obs. XXIV. — Lejars (*Inédite*) . . . . . 40
Obs. XXV. — Hannecart . . . . . 41
Obs. XXVI. — Jonnesco . . . . . 42
Obs. XXVII. — Verdelet . . . . . 43

**Salpingite suppurée diagnostiquée grossesse tubaire.**

Obs. XXVIII. — Lejars (hématocèle) (*Inédite*) . . . . 47
Obs. XXIX. — Lejars (hématocèle) (*Inédite*) . . . . . 48
Obs. XXX. — Lejars (hématocèle) (*Inédite*) . . . . . 49
Obs. XXXI. — Boldt . . . . . 51
Obs. XXXII. — Freund. . . . . 52
Obs. XXXIII. — Freund . . . . . 53

**Avortement tubaire remontant à 8 ans.**

Obs. XXXIV. — Reclus. . . . . 62

**Rétroflexion utérine et grossesse tubaire.**

Obs. XXXV. — Lejars . . . . . 66

**Grossesse tubaire diagnostiquée rétroversion de l'utérus gravide.**

Obs. XXXVI. — Giles, Maclean et Galabin . . . . . 66

**Latéroflexion de l'utérus gravide diagnostiquée grossesse tubaire.**

Obs. XXXVII. — Fieux. . . . . 69

**Grossesse dans utérus bicorne diagnostiquée grossesse tubaire.**

Obs. XXXVIII. — Mundé . . . . . 70

**Grossesse dans une corne rudimentaire de l'utérus diagnostiquée grossesse tubaire.**

Obs. XXXIX. — Johnson . . . . . 73
Obs. XL. — Hoëpfl . . . . . 74

**Grossesse tubaire diagnostiquée grossesse normale.**

Obs. XLI. — Lejars . . . . . 77

Obs. XLII. — Paquy. . . . . 80
Obs. XLIII. — Bouchacourt et Thoyer-Rozat . . . . 83

**Grossesse normale diagnostiquée grossesse tubaire.**

Obs. XLIV. — Lejars (*Inédite*) . . . . . 84
Obs. XLV. — Lejars (hématocèle) (*Inédite*) . . . . . 86
Obs. XLVI — Coë . . . . . 87

**Grossesse tubaire diagnostiquée cancer du col.**

Obs. XLVII. — Lejars (*Inédite*) . . . . . 89

**Grossesse tubaire diagnostiquée fibrome de l'utérus.**

Obs. XLVIII. — Chevalier et Picqué . . . . . 91
Obs. XLIX. — Delaunay . . . . . 92
Obs. L. — Dührssen . . . . . 92

**Grossesse tubaire diagnostiquée kyste de l'ovaire.**

Obs. LI. — Vineberg. . . . . 97
Obs. LII. — Jacobs . . . . . 98
Obs. LIII. — Marchand (hématocèle) . . . . . 99

**Fibrome de l'ovaire diagnostiqué grossesse tubaire.**

Obs. LIV. — Veyssière . . . . . 101

**Salpingite rompue diagnostiquée hématocèle.**

Obs. LV. — Campenon . . . . . 108

**Grossesse tubaire diagnostiquée kyste de l'ovaire à pédicule tordu.**

Obs. LVI. — Auvray . . . . . 111
Obs. LVII. — Stevenson . . . . . 112

**Grossesse tubaire diagnostiquée kyste de l'ovaire rompu.**

Obs. LVIII. — Bouilly . . . . . 112
Obs. LIX. — Reclus . . . . . 114

**Grossesse tubaire diagnostiquée appendicite.**

Obs. LX. — Potherat . . . . . 117
Obs. LXI. — Alglave. . . . . 120
Obs. LXII. — Peyrot. . . . . 121
Obs. LXIII. — Savariaud . . . . . 222
Obs. LXIV. — Legueu . . . . . 123
Obs. LXV. — Chevallier et Picqué. . . . . 124

**Appendicite chez une femme enceinte diagnostiquée rupture tubaire.**

Obs. LXVI. — Guinard. . . . . 125

**Grossesse tubaire diagnostiquée occlusion intestinale.**

Obs. LXVII. — Descomps (*Inédite*) . . . . . 127
Obs. LXVIII. — Blum . . . . . 129

**Tumeur fécale diagnostiquée grossesse tubaire.**

Obs. LXIX. — Demelin . . . . . 131

**Grossesse tubaire diagnostiquée hernie inguinale étranglée.**

Obs. LXX. — Malherbe. . . . . 132

**Grossesse tubaire diagnostiquée hernie ombilicale étranglée.**

Obs. LXXI. — Michaux. . . . . 133

**Kyste parovarique compliqué de coliques néphrétiques simulant une grossesse tubaire.**

Obs. LXXII. — Karl W. Doege. . . . . 134

**Grossesse tubaire diagnostiquée colique hépatique.**

Obs. LXXIII. — Œdham . . . . . 135
Obs. LXXIV. — Tuffier (cholécystite énorme) . . . . 136

# BIBLIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE


1880. Deschamps. — Divers modes de terminaison des grossesses ectopiques. Thèse Paris.

1885. Martin (de Berlin). — Traité clinique des maladies des femmes.

1887. Williams (John). — Transact. obst. soc. Londres.

1888. Lawson-Tait. — Lectures on ectopic pregnancy and pelvic hematocele.

1889. Lawson-Tait. — Diseases of women and abdominal surgery.

Pinard. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. Ann. de gyn. et d'obst.

1890. Hanks — Am. Journal of obst. Janvier.

Mundé. — Grossesse développée dans un utérus bicorne prise pour grossesse tubaire (obs. XXXII). Am. J. obs.

1891. Keller. — Zur diagnose der tuben graviditæt (Zeitsch. f. geb. ü. gynæk).

Pilliet. — Bull. Soc. Anat. mars-avril.

1892. Budin. — Clinique de la Charité. Les rapports de l'utérus avec l'intestin au point de vue clinique.

Jouon. — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire. Thèse Paris.

Pinard. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. Ann. de gyn.

1893. Duhrssen. — Archiv. für. gynak, I.

Gauthier. — Avortement tubaire. Thèse Paris.

Picqué et Charrier. — Ann. gynéc. et obst., septembre.

1894. Auvard. — Traité de gynécologie.

Gamelot. — De l'hématosalpinx. Thèse Paris.

Cestan. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire. Thèse Paris.

Chaput. — Obs. XIX. Soc. anat., octobre.

Gobillot. — Symptomatologie de la grossesse extra-utérine. Thèse Paris.

Johnson. — Thèse Paris.

1895. Demetrius Von Ott. — Beitrage zur Kenntnis der ektopischen Formen der Schwangerschaft Klinische und experimentelle Untersuchungen. Leïpz. E. Besold, 183 p. 8°.

Karl W. Doege — Parovarian cyst., complicated by the passage of renal calculi, simulating an ectopic gestation. Med. Record., 14 sept.

Lanphear (E.). — Medical Record., Sept. Trois cas de grossesse tubaire ne présentant pas les caractères habituels.

Pinard. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. Ann. de gyn.

Pilliet. — Ann. de gyn., octobre.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Reclus. — Gazette des hôpitaux, p. 373.

Tainturier. — Des grossesses extra-utérines. Thèse Paris.

Thiébaut. — Contribution à l'étude de la grossesse tub' avortée. Archiv. de tocol. et de gyn., août.

Wallich. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. Rev. d'obst. et de ped., septembre.

1896. Bland Sutton. — System of gynecology. (London). Surgical diseases of the ovaries and fallopian tubes (London).

Cestan. — L'avortement tubaire. Sem. gyn., mai.

Cullingworth. — Clinical illustrations of the diseases of

the fallopian tubes and of tubal gestation (London).

Howard Kelly. — Extra-utérine pregnancy (London).

Lusk. — A case of tubal pregnancy simulating appendicitis. Med. news, p. 722.

Mundé. — Ovarian abcess and ruptured tubal pregnancy. Am. J. obst.

Thévenard. — Hématocèle rétro-utérine. Thèse Paris.

Thiébaut. — Grossesse tubaire avortée. Bull. soc. belge de gyn. et d'obst., nº 3.

1897. Balleray. — The early diagnosis and treatment of extrauterine pregnancy. Annals of gyn. and ped. April (Boston).

Ebstein. — Zur Kenntnis der Tubarschwangerschaft. *Monat. für geb. und Gyn.*, t. V, p. 140.

Krien. — De la rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle. Thèse Paris.

Legendre. — Soc. méd. des hôpitaux, 19 mars.

Longyear. — Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Ann. of Gyn. and ped., (Boston). Avril, p. 387.

Mac Cormack. — Early diagnosis and treatment of ectopic gestation. Ann. Journ. obst.

Oliver (Thomas). — A case of hematosalpinx : The Lancet, nov.

Paquy. — Des grossesses extra-utérines dans les trompes saines. Thèse Paris.

Rieppi. — Sopra due casi di gravidanza extrauterina. Ann. di obst. et gyn., p. 398.

1898. Brettauer (J.). — The diagnosis and treatment of early tubal pregnancy. Med. News, july.

Bouilly. — 1° Notes sur la grossesse extra-utérine. *La Gynécologie*. Février et avril ; 2° 50 observations personnelles de grossesse extra-utérine. Sem. gyn., 31 mai.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie.

Hartmann et Reymond. — Ann. de gyn. et d'obst.

Labey. — Soc. anat., p. 58.

Muret (de Lausanne). — Diagnostic différentiel de la

grossesse extra-utérine et de quelques tumeurs abdominales : Rev. de gyn. et de chir. abd., p. 947.

Roberts (Hubert). — A case of double pyosalpinx in which the tuben were enormously distended. Trans. of the obst. soc. of London. Mars, avril, mai.

Taylor. — Tubal pregnancy and its earlies complications. Brit. gyn. Journ., mai, p. 75.

Vial. — Avortement tubaire. Thèse Nancy.

Vineberg. — Differential diagnosis between extra-utérine pregnancy and early abortion. Med. Record., nov. p. 641.

1899. Bastian. — Les poussées hémorragiques dans l'avortem. tubaire. Progrès med. belge, p. 73.

Desguin. — Les reliquats de la grossesse extra-utérine. Bull. soc. belge de gyn. et d'obst., Tome X.

Doléris. — Hémorragies tubo-ovariques et grossesses extra-utérines. La Gynécologie. Février.

Edgard. — Edimburgh med. Journal, july.

Fergusson. — British med. Journ. may.

Guinard : *in* Le Dentu et Delbet, tome VII, p. 508. Diagnostic de l'appendicite.

Higgins. — Extra-uterine gestation. American Journ. of obst., p.57.

Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie.

Leopold. — Beitrage zur graviditas extra-uterine. Arch für Gyn., p. 526.

Mayo Robson. — British med. Journ.

Otto Kustner (de Breslau). — Uber extrauterinschwangerschaft Sammlung Klin vortrage, p. 244.

Perkins. — Tubal pregnancy and dermoïd cyst. Med. News., p. 585.

Ralli. — Étude clinique de la grossesse extra-utérine. Thèse Paris.

Taylor. — Extra-uterine pregnancy (London).

Warin. — De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. Thèse Paris.

1900. Auvray. — Progrès médical, 9 juin.

Baudron. — Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec la rupture d'une grossesse tubaire gauche. Ann. de Gyn. et d'obst., p. 390.

Coyne et Boursier. — Appendicite et hématosalpinx. Sem. gyn., p. 115.

Doléris. — Soc. d'obst. et de pédiatrie, avril.

Gangolphe. — Grossesse extra-utérine. Bull. soc. chir. Lyon, p. 199.

Haret. — Études critiques sur 35 nouveaux cas de grossesse ectopique récidivante. Thèse Paris.

Noble (C. P.). — Remarks on extra-uterine pregnancy. Ann. Gyn. and obst. mars.

Ribemont-Dessaignes, Lepage. — Précis d'obstétrique.

Robson. — Perforations de l'estomac et hématocèle. The Lancet, I, p. 747.

Stankiewicz. — De la rétention fœtale dans les grossesses tubaires. Rev. de gyn. et chir. abd., p. 595.

Stimson, dans Demelin. — Rev. et mém. d'obst.

Verdelet. — Soc. de gyn., d'obst. et de péd. de Bordeaux, 10 avril.

Demelin. — Revues et mémoires d'obstétrique.

1901. Couvelaire. — Études anatomiques sur les grossesses tubaires. Thèse Paris.

Falk. — Tubenruptur und Tubenabort. Deutsche med. Zeitung, juin.

Hare. — Tubal pregnancy with double pyosalpinx. Boston med. a. surg. Journ., n° 26, p. 707.

Noto (Antonino). — L'hématocèle pelvienne intra-péritonéale consécutive à l'avortement tubaire. Palerme, mai.

Routier. — Ann. de gyn. et d'obst., p. 112.

Segond. — Ann. de gyn. et d'obst., p. 113.

Spinelli. — L'aborto tubarico, Archivio italiano di ginecol., p. 207, n° 3.

Vignard. — Congrès de Nantes : Grossesses extra-utérines. Ann. de gyn., nov.

1902. Aguinet. — Inondations péritonéales dans les grossesses ectopiques. Thèse Paris.

Boldt. — Pyosalpinx gonorrhéïque simulant une grossesse tubaire. Ann. of. gyn. and ped. N. Y. March.

Bogdanik. — Ectopic Schwangerschaft. — Wiener med. Press, n° 28.

Champneys. — A contribution towards the study of the natural hystory of tubal gestation, illustrated of a series of seventy five cases. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Empire, june, p. 585.

Chevalier et Piqué. — Soc. anatomique, n° 30.

Hannecart. — Pyo-oophoro-salpinx à droite et hématosalpinx à gauche. Journal médical de Bruxelles, n° 13, p. 195.

Lejars. — Hémorragies par rupture de la trompe gravide, Gaz. hôp., p. 49.

Rayner. — Tubal abortion, med. and surg. Journal (Bristol) XX, 323-328.

Ricci. — Avortem. tub. avec énorme hématosalpinx. Archivio italiano di gynecol, 30 juin.

1903. Cazeau. — Études anatomiques des modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques. Thèse Paris.

Coudert. Les grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire. Thèse Paris.

Dawson. — Case of repeated tubal pregnancy, diagnosed on each occasion before the end of the first moth. Journ. of obst. and gyn. of the British Empire, p. 30, septembre.

Duncan. — Notes on a case of bilateral hematosalpinx. Med. press. and. circ., p. 295 (London).

Eustache. — Diagnostic précoce des grossesses ectopiques. Sem. gyn., p. 281.

Foisy. — Avortem. tub. Bull. Soc. Anat., octob.

Frédérick. — Case of hematosalpinx due to tubal pregnancy complicated by torsion of pedicle. The Lancet, may., p. 1298.

Jacobs. — Notes cliniques sur la grossesse tubaire. Bul. de Soc. belge de gyn. et d'obst., octobre.

Lissar. — Avortem. tub. Thèse Paris.

Mallett. — A case of unruptured tubal pregnancy, diagnosis made before operation. Am. Journ. Obst., juin.

Maur. — Symptomatologie de la grossesse extra-utérine spécialement dans sa première période. Thèse Paris.

Sittner. — Diagnostische Verfchlùngen aùf dem gebiete der Extra ùteringraviditæt. Deutsche Medicinische Wochenschrift, 8, 15, 22 octobre.

Vignard. — Diagnostic de l'avortem. tub. Gaz. méd. de Nantes, 26 décembre.

Bali. — Perforations de l'estomac au cours des ulcères latents ou méconnus. Thèse Paris.

Demelin et Bouchacourt. — L'obstétrique.

Devèze. — Hématosalpingite avec pédicule tordu. Montpellier médical, page 100, XVIII.

Doran. — A study of two cases of early tubal pregnancy. Trans. of the obst. Soc. of London, p. 206, vol. XLVI.

Jonnesco. — Grossesse ext. ut. datant de 3 ans ; double salpingite purulente. Bull. et mém. de Soc. de Chir. de Bucarest, 1904-1905, VII, 24.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie.

Lejars. — Fausses couches tubaires : Sem. méd., novembre.

Mauclaire. — Les grossesses tubaires. Méd. moderne, août.

Shœmaker. — Chronic Salpingitis with acute exacerbation and extra-uterine pregnancy. Anm. Journ. Obst., mars, p. 239.

Storer. — On some questions relative to extra-uterine pregnancy with especial reference to tubal abortion. Boston med. and. Surg. Journ., janvier 5-9.

Tuffier. — Obs. grossesse tub. prise pour cholécystite calculeuse Bull. soc. chir., 29 novembre.

Mayenne, Imprimerie Ch. COLIN